

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

WAGNER SCHERRER LEMGRUBER GOULART

***A PERCEPÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO
BÁSICA SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE IMPLEMENTADA NA GRANDE VITÓRIA-ES***

VITÓRIA
2016

WAGNER SCHERRER LEMGRUBER GOULART

***A PERCEPÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO
BÁSICA SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE IMPLEMENTADA NA GRANDE VITÓRIA-ES***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

Orientador: Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto

Co-orientadora: Prof.^a Dr^a. Carolina Dutra Degli Esposti

VITÓRIA

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

G694p Goulart, Wagner Scherrer Lemgruber, 1976 -
A percepção dos cirurgiões-dentistas da atenção básica
sobre a política nacional de educação permanente
implementada na grande Vitória-ES / Wagner Scherrer
Lemgruber Goulart – 2016.
103 f.

Orientador: Edson Theodoro dos Santos Neto.
Coorientador: Carolina Dutra Degli Esposti.

Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da
Saúde.

1. Política de Saúde. 2. Educação Continuada.
3. Odontologia. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Santos Neto,
Edson Theodoro dos. II. Esposti, Carolina Dutra Degli.
III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
da Saúde. IV. Título.

CDU: 616.314

WAGNER SCHERRER LEMGRUBER GOULART

***A PERCEPÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO
BÁSICA SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE IMPLEMENTADA NA GRANDE VITÓRIA-ES***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

Aprovado em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof.^a Dr.^a. Carolina Dutra Degli Esposti
Universidade Federal do Espírito Santo
Co-orientadora

Prof.^a. Dr.^a. Raquel Baroni de Carvalho
Universidade Federal do Espírito Santo
Examinador Interno

Prof.^a. Dr.^a. Alexandra Iglesias
Universidade Federal do Espírito Santo
Examinador Externo

Dedico este trabalho às minhas queridas e amadas esposa e filha, Danielle Braga Cosme Lemgruber e Julia Cosme Lemgruber, pelo amor, apoio e incentivo para a conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por permitir a realização deste projeto.

À minha amada família, pela compreensão, pelo carinho e apoio, principalmente nos momentos em que nos privamos de estarmos juntos em prol da conclusão deste projeto.

Ao Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto, pela sua contribuição como orientador, de diversas formas, desde o início, motivando, ensinando, direcionando, sugerindo, para que eu conseguisse chegar a este resultado final...meu “muito obrigado”.

À Prof^a. Dra. Carolina Dutra Degli Esposti, minha co-orientadora, pela paciência, compreensão e ajuda imprescindível no desenvolvimento deste estudo.

Aos professores Dra. Karina Tonini dos Santos Pacheco e Dr. Adauto Emmerich Oliveira, pelas valiosíssimas contribuições em minha banca de qualificação.

À banca examinadora, pela gentileza, presteza e generosidade com que aceitaram participar deste processo.

Aos docentes dos Programas de Pós-Graduação em Clínica Odontológica e de Saúde Coletiva, fontes de aprendizado e construção de conhecimento.

Aos colegas da Pós-Graduação, em especial ao Flávio Daroz e ao Leonardo Zago, minha admiração, alegria e meus agradecimentos por tantas formas de ajuda.

À Regina, secretária do Mestrado, pela assistência e atenção dispensada durante o curso.

A todas as pessoas, mesmo não mencionadas, que contribuíram com os seus conhecimentos, me apoiaram emocional e espiritualmente e que foram fundamentais para realização dessa conquista. A vocês, o meu muito obrigado.

RESUMO

Introdução: A Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) visa à transformação do trabalho na área da saúde, estimulando a atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente efetiva dos profissionais, além do respeito às características regionais e às necessidades específicas de formação dos trabalhadores. **Objetivo:** Analisar a percepção dos cirurgiões-dentistas e dos coordenadores municipais de saúde bucal sobre a PNEPS implementada para as equipes de saúde bucal da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), que atuaram na atenção básica, entre os anos de 2007 a 2012. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja construção dos dados se deu a partir de um grupo focal, com profissionais da RMGV-ES, que permitiu a análise das percepções dos sujeitos da pesquisa: três coordenadores municipais de saúde bucal e sete cirurgiões-dentistas, que debateram sobre a PNEPS implementada na RMGV-ES, a partir de um roteiro-guia semi-estruturado. A discussão do grupo focal foi gravada, transcrita e foi submetida a uma análise de conteúdo temática. **Resultados:** A análise dos dados permitiu revelar sinais ou pistas que puderam subsidiar a discussão dos fatores intervenientes a PNEPS implementada na RMGV-ES, apontando as estratégias realizadas e a organização inicial, bem como, fatores que a facilitaram ou a dificultaram. Percebeu-se a relevância dessa macropolítica para transformar e qualificar as práticas dos trabalhadores em saúde e o efeito da micropolítica no processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Contudo, persistem barreiras a serem enfrentadas no processo formador, na gestão, no processo de trabalho clínico-técnico e no controle social. **Conclusão:** Há necessidade de contemplar modelos de aprendizagem que contribuam para um desenvolvimento dos cirurgiões-dentistas capaz de proporcionar mudanças nas práticas e nos processos de trabalho em saúde, com vistas à sua reorganização e fortalecimento, o que será possível, com valorização da PNEPS.

Palavras-chaves: Política de Saúde, Educação Permanente, Odontologia, Atenção Básica.

ABSTRACT

Introduction: The National Policy of Continuing Education in Healthcare (PNEPS) aims at the transformation of work in healthcare, stimulating critical, reflexive, committed and technically effective action of professionals understanding regional characteristics and the specific training needs of workers. **Objective:** Analyze the results and consequences of the implementation of PNEPS for oral health teams of the Great Vitoria Metropolitan Area (RMGV), Espírito Santo (ES) State in Brazil, who worked in primary care, among years 2007 to 2012, according to dentists and local coordinators of oral health. **Methods:** This is a qualitative research, which the data was formed by a focus group with professionals working in RMGV-ES, providing the evaluation of the research participants impressions: three local oral health coordinators and seven dentists, who discussed the PNEPS implemented in RMGV-ES, a semi-structured questionnaire. The discussion of the focus group was recorded, transcribed and was subjected to content analysis. **Results:** Data analysis revealed signs or clues that could support the discussion of the factors involving PNEPS implementation in RMGV-ES, pointing out the strategies undertaken and the initial organization, as well positive or negative factors. The relevance of this macropolicy was noticed as a tool to transform and qualify health workers practices and the effect of micropolicy in the work process of oral health teams was also noticed. However, some barriers remain and they have to be overcome in the forming process, the management, the clinical and technical work process and the social control. **Conclusion:** There is need to address learning models that contribute to improve dentists development and at the same time can provide changes in practices and health work processes, with its reorganization and strengthening, which will be possible through the PNEPS improvement.

Keywords: Health Policy, Continuing Education, Dentistry, Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD – Cirurgião-Dentista

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

DCN – Diretriz Curricular Nacional

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

ES – Espírito Santo

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PRO-SAÚDE – Programa de Reorientação da Formação Profissional

PSF – Programa de Saúde da Família

RMGV – Região Metropolitana da Grande Vitória

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

TSB – Técnico em Saúde Bucal

VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL.....	10
1.1 CONCEITOS: DA EDUCAÇÃO CONTINUADA À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	10
1.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SETOR SAÚDE.....	14
1.3 DESAFIOS DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL.....	17
1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A ODONTOLOGIA.....	19
1.4.1 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	26
1.5 AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	28
2. OBJETIVO.....	31
3. RESULTADOS.....	32
3.1 ARTIGO 1.....	32
3.2 ARTIGO 2.....	49
4. CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICES.....	87
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	88
APÊNDICE B – ROTEIRO GUIA PARA GRUPO FOCAL.....	90
ANEXOS.....	91
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	92
ANEXO B – NORMAS DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE.....	95
ANEXO C – NORMAS DA REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	100

1 INTRODUÇÃO GERAL

1.1 – CONCEITOS: DA EDUCAÇÃO CONTINUADA À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A educação continuada corresponde à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos (CECCIM, 2005a). Tal pedagogia contribui para o alcance da eficiência técnica em tarefas mecânicas específicas, mas não propicia, necessariamente, a transformação do processo de trabalho (LOPES et al., 2007). No setor da saúde a educação continuada, tem se caracterizado pela realização de capacitações pontuais, em sua maioria, de caráter programático e centralizado, a partir de conteúdos padronizados, visando à atualização de conhecimentos de categorias profissionais específicas. Tais capacitações, baseadas na organização disciplinar e por especialidades, conduzem ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à perpetuação da formação de profissionais que não conseguem lidar com as totalidades ou realidades complexas (BRASIL, 2003b). Sendo assim, apesar da educação continuada ter seu valor, uma vez que se concentra no desempenho de cada categoria profissional, ela tem reforçado a fragmentação das equipes no processo de trabalho (BRASIL, 2004f).

Nesse contexto, emerge a Educação Permanente (EP), para ser inserida no discurso da prática e disseminada como uma ferramenta, tanto para questionar e incomodar, como para encorajar a pensar como protagonista na construção de novos ambientes e de novas relações. Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura, o termo EP é definido a partir do princípio de que o homem se educa a vida inteira, atentando para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, a evolução das capacidades, motivações e aspirações e que as suas necessidades nem sempre são de caráter emergente (DELORS et al., 1998). Originalmente, a proposta de EP surgiu na área da educação e estava relacionada com a necessidade de reorganização produtiva industrial nos anos 1930, para redirecionar grandes contingentes de trabalhadores, adultos, para novos

postos de trabalho e novas funções à medida que a industrialização e a urbanização se intensificavam. Nos anos 1960, tal necessidade cresceu e contou com o vigoroso trabalho de diversos educadores, entre eles Pierre Furter, um dos primeiros a reconhecer que haviam várias possibilidades e formulações para a EP (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

No Brasil, o conceito de EP foi consolidado e fundamentado a partir da Educação Popular, que tem como máximo expoente as obras de Paulo Freire (1975;1998). A Educação Popular iniciou-se a partir da alfabetização de adultos e seguindo até a noção de aprendizagem significativa, perpassando princípios que centram a educação como disparador para a conscientização, para a prática da liberdade e para mudança, até a sua produção pedagógica que dialoga com o Oprimido, a Esperança, o Conflito, a Indignação e a Autonomia. Leva os mais diversos atores às discussões conceituais do desabrochar ao murchar de métodos e estratégias para o desenvolvimento de novas práticas (CECCIM, 2005a).

A EP pressupõe, então, um projeto pedagógico problematizador e, portanto, pautado na aprendizagem significativa. A experiência da problematização favorece o desenvolvimento de escutas, de práticas cuidadoras em que o sujeito é visto de forma integral (CECCIM, 2005a). A partir de tal metodologia de formação, admite-se que é possível produzir conhecimento a partir das práticas referentes à intervenção/interferência, revelando a potência de cada ator na medida da sua participação no coletivo (CECCIM, 2005b). Essa educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, apoiadas nos processos de aprendizagem por descoberta, sendo seu eixo básico a relação ação-reflexão-ação transformadora (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Na década de 1970, a Organização Pan-Americana da Saúde iniciou estudos sobre a formação de trabalhadores do setor, partindo da idéia de EP para a saúde, colocando-a como *status* de vertente pedagógica, na qual o processo de trabalho é entendido como desencadeador de processos educativos. Em seus aspectos técnicos, se aproxima das idéias de Paulo Freire, o qual nos traz as noções de aprendizagem significativa e problematização. Parte-se do princípio de que só há a

incorporação de novos conhecimentos se de alguma forma forem valorizados os conhecimentos e experiências prévias dos envolvidos, e se forem criadas condições de reflexão/questionamento entre o que já se sabe e o que há por saber (CECCIM; FERLA, 2008).

Segundo a visão de alguns educadores, a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui um desdobramento do movimento institucionalista em educação, configurando-se como o elemento humano nas organizações. Sob essa ótica, é proposta a gestão dos coletivos e a criação de dispositivos para que cada grupo humano se reúna e discuta seus problemas cotidianos, possibilitando a ampliação significativa da aprendizagem em cada tempo e lugar (CECCIM, 2005a).

Segundo Ceccim (2005b), a temática da EPS faz uma ruptura na didática geral, subvertendo as normas existentes da pedagogia tradicional. A partir do reconhecimento dos diferentes valores, saberes e desejos dos coletivos, é possível entender o cotidiano como um espaço aberto à criação de dispositivos de escuta, de decodificação do processo de trabalho e de revisão permanente.

A EPS vem sendo apontada como proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras (BRASIL, 2004b). Sendo assim, tal estratégia tem potencialidade de recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação (CECCIM, 2004).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a EPS, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, é uma importante estratégia na busca pela qualidade dos serviços de saúde e, assim sendo, é capaz de aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços e, colegiadamente, reorganizar o processo de trabalho como princípio básico para obter avanços na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, é importante entender que para se produzirem mudanças de prática de gestão e de atenção, o diálogo com tais práticas

e concepções no concreto do trabalho de cada equipe torna-se fundamental (CECCIM, 2005a).

A EPS é um movimento que permite produzir processos de educação no próprio espaço de trabalho, promovendo reflexões sobre como tem se materializado as ações de saúde com vistas a problematizá-las e reconstruí-las por meio de práticas educativas significativas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2004d). Nesse processo educativo, os profissionais são instigados a desenvolver maior capacidade de análise, a ter maior autonomia e a intervir mais no processo de saúde dos usuários e na gestão da sua unidade de saúde e a cooperar entre si, trocando experiências e discutindo situações que ocorrem no território adstrito (BRASIL, 2012). É a partir dessas relações que cada profissional deve se integrar às equipes em cada ponto do sistema. E também, a partir dessas relações, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional deve operar (CECCIM, 2005a).

A aplicação da EPS na atenção básica, em específico, se faz importante por estar associada à busca pela garantia da universalidade e da integralidade do SUS. Tal nível de atenção, além de compreender um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, é considerada espaço de construção coletiva, no qual os diversos sujeitos devem estar envolvidos nos cuidados em saúde (D'ÁVILA, 2014). Ou seja, é a efetiva concretização dos princípios do SUS. Avançar nesta direção significa não só ampliar e aprofundar as reflexões, mas, sobretudo, revertê-las em ações concretas, disseminando os conhecimentos desenvolvidos (BRASIL, 2000a). Portanto, a EPS é uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação (CECCIM, 2005c).

1.2- FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SETOR SAÚDE

O campo da saúde é articulado ao conjunto da sociedade e, como tal, sofre as influências políticas, sociais e culturais do contexto no qual está inserido. Nesse sentido, a saúde transcende os limites setoriais, na medida em que depende de políticas sociais, micro e macroeconômicas, relações comportamentais, ações institucionais e individuais (MINAYO, 2007).

Inseridas na dinâmica social, as políticas de educação superior para as profissões da saúde trouxeram novos desafios para a formação profissional, ao tentarem adequar seus processos de ensino às necessidades de saúde da população. Os egressos das escolas geralmente desconheciam ou não se interessavam pelos principais problemas de saúde pública, isso porque o ensino nas escolas privilegiava o tratamento da doença com base na especialização e no arsenal tecnológico mais recente (SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999). Na tentativa de adequar a formação profissional desses trabalhadores às necessidades de saúde das populações, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Ministério da Educação, propôs políticas que estimulariam a parceria das universidades com os serviços, bem como um ensino mais próximo da realidade social, dentre elas pode-se destacar alguns exemplos.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, publicadas em 2001, tiveram o objetivo de valorizar o profissional generalista, tecnicamente competente e com sensibilidade social, bem como apontar para as universidades a necessidade de adequarem seus currículos de graduação para a formação de recursos humanos em saúde, focalizando elementos como: atenção integral e humanizada; trabalho em equipe; e compreensão da realidade (BRASIL, 2001b). Para o curso de Odontologia, em específico, as DCN foram instituídas por meio da Resolução nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Em termos específicos, afirmam que a formação do Cirurgião-Dentista (CD) deve permitir o desenvolvimento das seguintes habilidades e competências: ética; atuar em todos os níveis de atenção de forma multiprofissional; reconhecer a saúde como direito; reconhecer as limitações e estar apto e flexível às mudanças circunstanciais; acompanhar e

incorporar inovações tecnológicas no exercício profissional; dentre outros (BRASIL, 2002).

Outro exemplo foi o projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS do Brasil (VER-SUS), em 2004, que aproximou os futuros profissionais da realidade da organização dos serviços de saúde, principalmente direcionado à gestão do sistema, por meio da integração do aluno com o serviço. Esse projeto teve como principal objetivo proporcionar aos estudantes a vivência e a experimentação da realidade do SUS, bem como, estreitar relações de compromisso e de cooperação entre estudantes, gestores da saúde, instituições de ensino superior e movimentos sociais, para efetivar a integralidade em saúde e a educação significativa de profissionais (BRASIL, 2004e).

Em continuidade ao VER-SUS no mesmo ano, o governo lançou o projeto Integralidade e Aprender SUS. Este projeto teve como enfoque a formação profissional sob o eixo da integralidade, por acreditar que atenção integral à saúde implica a ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, no reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações (BRASIL, 2004c).

Em complementação aos projetos de fortalecimento do SUS, em 2005, o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE) teve como objetivo suceder e ampliar o projeto inicial de implementação das DCN nos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. A estratégia utilizada para colocá-lo em prática focalizou a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem como forma de favorecer a integração do ensino às demandas da sociedade, às políticas sociais e ao SUS (BRASIL, 2005b).

Além desses projetos, em 2008, foi lançando o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) com o objetivo de: estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da

indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2008b).

Dessa forma, entende-se que o ensino na área da saúde vem sendo estruturado a partir da tentativa de problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das populações. Porém, esse processo engloba aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas, de pensamento e de conhecimento sobre o SUS e, portanto, somente pode ser viabilizado a partir de um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, o que explica as iniciativas apontadas pelo governo em parceria com as universidades e com os serviços (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Esse trabalho articulado deve buscar a transformação e a organização dos serviços e dos processos formativos, por meio de estratégias que envolvam atividades de coleta, sistematização, análise, interpretação permanentemente das informações da realidade e problematização do processo de trabalho. Dessa maneira é possível construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Também é preciso destacar que a formação de pessoal para área da saúde envolve reflexões que devem ir além dos recursos estruturais disponíveis em cada instituição, apesar destes serem necessários. É preciso olhar para o modo como seguem os processos de ensino e aprendizagem e as variáveis que implicam na sua composição, tais como as maneiras como os docentes se vinculam às práticas de ensino, suas adesões às necessidades dos alunos, seus modos de agir na produção dos serviços, entre outros (MERHY, 2002). Nesse sentido, as universidades devem cumprir seu papel de trabalhar em função de uma formação profissional cujo perfil atenda às necessidades da população em todos os níveis de atenção e ao longo dos seus processos sócio-vitais, afinal a formação em saúde afeta profundamente a qualidade dos serviços e o grau de satisfação dos usuários (COTTA et al., 2006). Para isso, as instituições de ensino devem garantir uma aprendizagem, na qual o aluno vivencie seu percurso produtivo, evitando formar profissionais alienados,

preocupados somente com suas competências específicas sem colocá-las a serviço de um projeto integral (MERHY, 2002), na lógica do trabalho em equipe.

1.3- DESAFIOS DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

No que se refere ao processo de trabalho em saúde bucal, existem dificuldades inerentes à própria trajetória da profissão odontológica, que foi caracterizada por ações isoladas, individuais, privatistas, com o poder centralizado no CD e verticalizado sobre os profissionais auxiliares da Odontologia (SOARES; PAIM, 2011). Contudo, deve-se considerar que a prática odontológica vem sofrendo transformações ao longo de sua história. No Brasil, durante muitos anos, a inserção da saúde bucal nos serviços de saúde pública deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos serviços e das ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais (BRASIL, 2004d), cenário esse que vem se buscando modificar.

Nesse contexto, uma parte dos desafios a serem enfrentados refere-se à readequação dos processos de trabalhos do: CD, Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ao novo modelo de atenção proposto pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). A PNSB, lançada em 2004, tem o efeito de ampliar ainda mais o acesso da população brasileira às ações de saúde busca e assegurar a integralidade do cuidado aos usuários do SUS (BRASIL, 2004b). Soma-se a isso a aprovação da Lei nº 11.889, 24 de dezembro de 2008, que regulamentou as profissões auxiliares da Odontologia, modificou a nomenclatura de THD para Técnico em Saúde Bucal (TSB) e de ACD para Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), e definiu as competências de cada profissão (BRASIL, 2008a).

Deve-se reconhecer que apesar de todo o esforço político para ampliar o acesso dos usuários do SUS à atenção básica em saúde bucal, a quantidade de profissionais para compor as equipes era desproporcional, visto que o Brasil possuía, em 2015, 266.790 CDs registrados, número muito superior ao de ASBs (107.514 profissionais) e o de TSBs (20.530 profissionais) registrados (CFO, 2015). Esse fato pode decorrer

tanto da falta de estímulo à formação adequada desses profissionais, quanto da recente regulamentação dessas duas profissões (BRASIL, 2008a).

No trabalho em saúde, todos os profissionais envolvidos possuem diferentes potenciais de intervenção nos processos do cuidado, que se complementam, independente do lugar que cada um ocupa no espaço social da saúde (BRASIL, 1994; FRAZÃO, 1998). Sendo assim, pode-se dizer que os resultados desse trabalho dependerão das formas de mobilização e de articulação dos profissionais de saúde, das suas relações, do compartilhamento de seus processos de trabalho, além do modelo de cuidado adotado para assistência aos usuários (PEDUZZI, 2001).

No âmbito Nacional, a presença das equipes de saúde bucal aumentou as contradições já existentes entre profissionais de nível superior e profissionais de nível médio. Seja por uma disputa de poder-espço ou uma autoafirmação da especialidade, seja pela dificuldade dos trabalhadores de saúde em compartilhar seus saberes (FARIAS; SAMPAIO, 2011). Tal situação é influenciada pela inexistência, muitas vezes, da vivência em equipe na formação do profissional de saúde aponta para a necessidade de uma mudança radical no sistema de formação de recursos humanos para a saúde no Brasil (MATTOS et al., 2014).

O desenvolvimento do trabalho em equipe não acontece de forma habitual. No caso da Odontologia os CDs geralmente não participam de forma integrada aos outros profissionais e, portanto, a articulação das ações entre os membros da equipe não acontece de maneira sistemática, como parte de seu processo de trabalho (COSTA et al., 2012). Entretanto, destaca-se que o CD tem um papel importante na capacitação dos agentes comunitários de saúde e dos auxiliares odontológicos (ASBs e TSBs), no auxílio na educação continuada dos mesmos, a partir da atuação como educador em saúde bucal em equipes multidisciplinares e multiprofissionais (AERTS; ABEGG; CESA, 2004).

Mudanças nas relações de trabalho possivelmente não acontecerão de maneira rápida. Os profissionais que compõem as equipes, principalmente o CD, vêm de uma prática na qual predomina o tratamento curativo-restaurador ou mutilador sobre

as demais atividades de promoção de saúde, por exemplo (COSTA et al., 2012). Portanto, torna-se fundamental processo de EP, (COTTA, 2006) que prioriza os processos de educação no trabalho, incentivando o desenvolvimento e a aplicação de metodologias que permitam a qualificação dos profissionais de acordo com os princípios do SUS (CECCIM, 2005c).

Também é importante ressaltar que a EP está entre as habilidades e competências requeridas atualmente da formação do CD. Após as DCN de 2002, este profissional deve ser formado contemplando: o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, o trabalho em equipe e possuir uma visão crítica e reflexiva. Desta forma, notamos o claro direcionamento para o SUS e as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2002).

1.4- POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL

No decorrer do século XX, os modelos assistenciais no Brasil se caracterizavam pela forte dicotomia curativo-preventiva nas ações de saúde, no qual o sistema previdenciário se encarregava das ações curativo-assistenciais direcionadas aos trabalhadores contribuintes da Previdência Social, enquanto a Saúde Pública preocupava-se com as ações de caráter preventivo. A partir do enfrentamento dessa dicotomia, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como objetivo a democratização da saúde e da sociedade, por meio da unificação de um sistema de saúde (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Nesse contexto, as ações de saúde bucal seguiam o mesmo modelo, sendo pautadas predominantemente por ações direcionadas aos indivíduos considerados cidadãos plenos: trabalhadores com carteira assinada no setor privado ou meio urbano. A previdência social, ainda que de forma incipiente, prestava, em caráter complementar, assistência odontológica e médica para as populações cativas, enquanto o MS se ocupava desses serviços apenas em determinadas áreas, com o objetivo de sanear o ambiente (BRASIL, 2006a).

O cenário das políticas públicas de saúde bucal no Brasil foi historicamente marcado pela baixa quantidade de ações integradas de prevenção, diagnóstico e tratamento dos problemas bucais da população (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Os primeiros passos para ampliação da assistência em Saúde Bucal tiveram início em 1952, por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que implementou os primeiros programas de Odontologia Sanitária, como a fluoretação da água de abastecimento público e o planejamento da assistência pública de saúde aos escolares de seis a 14 anos. Para essa assistência, utilizou o sistema incremental, que consistia num método de trabalho que buscava o completo atendimento odontológico de uma população, vindo a eliminar as necessidades acumuladas, para depois mantê-la sob controle, seguindo critérios de prioridades quanto à idade e problemas. Para atingir esse propósito, inovou-se com a inclusão de pessoal auxiliar nessa assistência (CHAVES, 1977; PINTO, 1989; FREIRE, 2003). Embora importantes, as ações do SESP não foram suficientes para atender à grande demanda pelos serviços de saúde bucal.

Na década de 1980, com a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a Odontologia recebeu algum destaque e foi citada em fóruns nacionais de debates sobre a situação de saúde no Brasil. Nessa conferência, o modelo de prática odontológica brasileira foi analisado e foram propostas diretrizes para a ação governamental quanto à formação de recursos humanos para a área, tecnologias e estratégias de atenção. Neste evento, a Odontologia brasileira foi caracterizada como ineficiente e ineficaz, pois apresentava um caráter mercantilista e monopolista, com enfoque curativo e de baixa cobertura (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980).

Nesta mesma década, em 1986, ocorreu VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que trouxe a cena propostas inovadoras de reforma da saúde no Brasil. Tal evento teve um caráter democrático, contando com a participação de usuários, prestadores de serviço, políticos e sindicalistas, organizadas através de conferências estaduais e municipais. A herança deixada foi seu relatório final (MEDEIROS-JÚNIOR; RONCALLI, 2004). Esse relatório que identificou a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações. Desta forma, ela

criou o alicerce para a estruturação do SUS, que deveria também ser regido pela égide da capacitação e reciclagem permanente de seus recursos humanos. A formação dos profissionais de saúde deveria estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção e os currículos da área de saúde deveriam ser integrados por conhecimento das práticas terapêuticas alternativas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Como parte do amplo processo que marcou a VIII CNS realizou-se, ainda em 1986, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). Nesta Conferência foi discutida a saúde como direito de todos e dever do Estado e afirmada a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. Neste momento foi também construída uma proposta de adoção de uma Política de Recursos Humanos em Saúde Bucal, que, dentre várias propostas, requeria treinamentos, reciclagens e educação continuada de seus profissionais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1987).

As discussões da VIII CNS foram incluídas na Carta Magna de 1988, a qual institucionalizou a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Em seu artigo 196 expressa:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que vissem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (p. 33).

Na sequência de eventos, foi criado o SUS, por meio da Lei 8080/90, que tem como finalidade garantir aos brasileiros o direito de terem suas necessidades em saúde, individuais e coletivas, atendidas (ANDRADE; NARVAI, 2013). Em seu artigo 6º, institui como um dos campos de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde (atribuição prevista também no artigo 200 da Constituição Federal de 1988), participando na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (BRASIL, 1990; 1988). Entende-se que a partir daí criou-se um grande desafio para as instituições

de saúde, nas três esferas de governo, no sentido de instituírem, de forma efetiva, as estratégias para fazer a aproximação ensino-serviço-comunidade.

De acordo com Ceccim (2005c), esses artigos da Lei Orgânica da Saúde e da Constituição Federal colocam os serviços de saúde como campo de ensino e pesquisa, logo, locais de ensino-aprendizagem, que expressam a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS.

O SUS trouxe em seu arcabouço teórico, determinados princípios que orientam a sua forma de funcionamento, são eles os princípios organizativos, e os doutrinários que dizem respeito às idéias filosóficas e permeiam a implementação do sistema com bases no conceito ampliado à saúde e no princípio do direito à saúde (RONCALLI, 2003). Sendo assim, o SUS se orienta pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção à saúde e se organiza com base nas diretrizes da descentralização, da regionalização e da participação da comunidade (BRASIL, 2012).

Neste contexto, a saúde bucal, como um direito de cidadania, foi o tema central da II CNSB, realizada em 1993, discutiu-se que a maioria dos profissionais de Odontologia, que compunha os serviços públicos de saúde em todas as esferas de governo, desenvolvia uma prática tradicional, em que o modelo privado de atenção era transferido acriticamente para a prática pública. A razão principal era o fato de que o modelo formador do país estava dissociado da realidade brasileira e longe de uma articulação ensino/serviço, não se comprometendo com as necessidades da população dos serviços públicos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1993).

Após a implementação do SUS, várias propostas e programas surgiram na tentativa de operacionalizar seus princípios doutrinários e organizativos nos modelos assistenciais em saúde. O Programa Saúde da Família (PSF), como modelo nacional de reorientação da atenção básica, teve início em 1994, como proposta do governo federal aos municípios para implementarem a atenção básica em saúde. Quanto à reorganização dos serviços de saúde, trata-se de uma estratégia que vai ao encontro dos debates sobre o processo de mudança do paradigma que orienta o

modelo de atenção à saúde vigente desde a década de 1970. Valoriza as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral aos usuários, com vistas à superação do modelo anterior, calcado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalar, no excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado (BRASIL, 1997).

O PSF iniciou-se com equipes formadas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários (MENDES, 2002). Nesse primeiro momento, a Odontologia não esteve listada entre as profissões que fariam parte da equipe do PSF. Foi somente em 2000 que foi editada a Portaria nº 1.444, pelo MS, estabelecendo “incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio desse programa” e incluíram as equipes de saúde bucal (NARVAI; FRAZÃO, 2008). A inserção da equipe de saúde bucal nessa estratégia teve o objetivo de melhorar os índices epidemiológicos na saúde bucal e garantir maior acesso e integralidade às ações de saúde bucal na atenção básica (BRASIL, 2000b). Nessa portaria, a relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família era de uma equipe de saúde bucal a ser implantada, para duas equipes de saúde da família, sendo que cada equipe de saúde bucal deveria atender em média seis mil e novecentos habitantes (BRASIL, 2000b).

Poucos meses depois, foi publicada também a Portaria nº 267, de 6 de março de 2001, que estabeleceu o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Primária, descrevendo o elenco de procedimentos compreendidos nesse nível de atenção, bem como os tipos de equipe (BRASIL, 2001a). Essas equipes poderiam ser de dois formatos, compostas por: um CD e um ACD – modalidade I; e um CD, um ACD e um THD – modalidade II. Elas seriam responsáveis por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal da população do território adstrito, que contribuiriam para a reorientação do modelo assistencial e para a integração das ações de saúde bucal às ações de saúde geral (BRASIL, 2000b).

Dentre as atribuições do CD, pela portaria nº 267/2001, estavam: acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e contribuir e participar das atividades de EP do THD e do ACD (BRASIL, 2001a).

Seguiu-se com a publicação da Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003, que estabeleceu que poderiam ser implantadas, nos municípios, quantas equipes de saúde bucal fossem necessárias, a critério do gestor municipal, desde de que não ultrapassassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerassem a lógica de organização da atenção básica. Ou seja, permitiu-se uma redução da proporção de implantação, que era, até então, de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família, para uma relação de 1:1 (BRASIL, 2003c).

Neste contexto o Conselho Nacional de Saúde, em 2004, deliberou pela realização da III CNSB, por entender a necessidade de propiciar a toda população brasileira a análise e participação na formulação da PNSB (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2005). Tal política se constituiu num marco histórico das políticas públicas, sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações pelas quais se assume a responsabilidade pelo cuidado em saúde bucal. Assim, essa política tem o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias por meio da estruturação e reorganização da atenção básica (BRASIL, 2004a).

Segundo o MS (2014), com a implantação da PNSB, entre janeiro de 2003 até dezembro de 2010, houve um aumento da cobertura populacional estimada por equipe de saúde da família de aproximadamente 62% no Brasil, sendo que o maior aumento ocorreu nas regiões Norte e Sudeste (72%), seguido pelas regiões Sul (63%), Nordeste (58%) e Centro-Oeste (36%). Já o número de equipes de saúde bucal passou de 4.320 para 20.424 equipes, um crescimento aproximadamente de 372%. O maior crescimento foi registrado na região Sudeste (562%), seguido pelas regiões Norte (537%), Nordeste (350%), Sul (304%) e Centro-Oeste (208%). Porém,

esses avanços não foram suficientes para proporcionar acesso para toda a população aos serviços odontológicos, pois, no mesmo período, houve um aumento de 150% de pessoas que nunca foram atendidas, sendo o maior aumento na região Centro-Oeste (551%), seguida pelas regiões Norte (354%), Sudeste (174%), Sul (163%) e Nordeste (76%).

Com a expansão do PSF, que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o MS emitiu a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, em que ficou estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do MS para organizar a Atenção Básica. Sendo assim, o PSF passa a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF exerce papel primordial na atenção básica à saúde e desempenha um papel estratégico no SUS. É a principal ligação entre o sistema de saúde e a população de um determinado território (BRASIL, 2006c). Essa estratégia poderia melhorar muito o acesso e a qualidade da atenção nos serviços de saúde se houvesse um bom fluxo de conhecimentos e práticas entre os profissionais de diferentes serviços, um apoiando o outro, e o acesso dos usuários aos diferentes serviços de saúde, de acordo com suas necessidades de atenção (BRASIL, 2005a).

De fato, com o surgimento da ESF, a odontologia se viu imersa num contexto de mudança de paradigma, numa ótica diferente de atenção em saúde, que buscava olhar o paciente como um todo e não somente os seus problemas bucais (SOUZA et al., 2001). As ações de saúde bucal na ESF devem se orientar pelos princípios e diretrizes do SUS que buscam, além da ampliação do acesso da população às ações e à resolução dos problemas de saúde-doença bucal instalados, a intervenção nos fatores determinantes de saúde (ANDRADE; FERREIRA, 2006). Contudo, é preciso ainda uma formação adequada dos profissionais para que eles consigam efetivar os princípios do SUS e da ESF nas suas práticas cotidianas. (MATTOS et al., 2014). Isso requer que a formação acadêmica seja reorientada, assim como proposto pelas DCN de 2002, mas também que haja a capacitação dos profissionais que já estão inseridos nos serviços, para que desenvolvam as habilidades requeridas pelo novo modelo de atenção.

1.4.1 - POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Desde a criação do SUS, ficou estabelecida a necessidade de atuação do MS como ordenador da formação em saúde. Apesar dos apelos da Constituição Federal, a Lei 8080/1990, os relatórios, as CNS, as CNSB, entre outros documentos institucionais que agregavam as reivindicações dos trabalhadores de saúde, foi somente em 2003 que se deu início, no âmbito do MS, a um novo momento para a área de recursos humanos, entendendo-se que o tema da gestão do trabalho e educação na saúde necessitava de atenção e dedicação constante. Assim, o MS criou, por meio do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2003a), que veio para formular as políticas, projetos e programas orientador da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004d).

Neste contexto, em fevereiro de 2004, o MS, pela Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde. Essa política propões que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, e que tenham, como objetivos, a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho. Estruturados a partir da problematização da atenção e da gestão setorial em saúde, na prática, a formatação de projetos de desenvolvimento de recursos humanos não estaria mais centrada nas mãos das instituições formadoras, mas, sim, teriam uma condução locorregional efetivada por um Colegiado de Gestão, o chamado Pólo de EPS para o SUS (BRASIL, 2004f).

Para a implementação desta política e da gestão da Educação na Saúde no âmbito dos Estados e Municípios, foram criados espaços de articulação interinstitucional e de negociação para a construção de projetos de educação. Essas instâncias locorregionais eram chamadas de “Rodas” ou de “Pólos” de EPS e funcionavam por meio de um colegiado composto por representantes dos diversos segmentos

envolvidos na produção da saúde: gestão, assistência, ensino e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A “Roda” se apresentava como estratégia que transmitia a ideia: da condução, de continuidade e de reciprocidade, em que a relação entre os sujeitos se dava de forma horizontal, viabilizando a participação democrática, permitindo a permeabilidade dos diferentes saberes que a integram (BRASIL, 2005a).

Vale destacar o importante investimento realizado pelo MS, a partir de 2003, para desencadear em todo território nacional a discussão sobre essa nova concepção para educação na saúde, que foi a formação de facilitadores de EPS. Entendia-se que era generalizada a falta de domínio sobre a EPS. Dessa forma, esses facilitadores seriam fundamentais para capilarização desse conceito. Esses facilitadores teriam, então, o papel de apoiar os coletivos na identificação dos pontos críticos de seu trabalho, com vistas a reorganização dos processos de trabalho e da gestão por meio de ações educativas necessárias para cada equipe ou local de trabalho (MERHY, FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Em 2006, a Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, instituiu o Pacto pela Saúde e definiu as novas modalidades operacionais no Pacto pela Vida, no Pacto de Gestão e em Defesa do SUS e proporcionou novos direcionamentos ao processo normativo para a saúde. No que se refere à PNEPS, o pacto de Gestão a considera uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da EP (BRASIL, 2006b).

Em 20 de agosto de 2007, com o objetivo de adequar a PNEPS ao Pacto de Gestão e assegurar a realização dos projetos de cursos e ações voltadas para a EP, o MS editou a Portaria n.º 1.996/07, que definiu as novas estratégias e diretrizes para a implementação da PNEPS e reafirmou os princípios da EPS como norteadores para a construção dos planos regionais de EPS e das ações educativas na saúde. Essa política apresentou-se como uma ação estratégica, visando à transformação e à qualificação das práticas de saúde, o que inclui a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde (BRASIL, 2007b).

A citada portaria criou também os Colegiados de Gestão Regional e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, que passaram a funcionar como instâncias de pactuação permanente, de co-gestão, formadas pelos gestores e pelos representantes estaduais e municipais de Saúde do conjunto de municípios de uma determinada região. Esses colegiados têm como atribuição realizar o planejamento das ações de EP de acordo com as realidades locais e elaborar um Plano de Ação Regional em EPS coerente com os Planos de Saúde Estadual e Municipal para a referida região (BRASIL, 2007b).

A PNEPS constitui-se, portanto, em uma ferramenta importante para o trabalho da equipe multidisciplinar com projeções relevantes para a efetivação da interdisciplinaridade, a partir de ações integralizadas e humanizadas, ampliando a liberdade dos trabalhadores e criando espaços coletivos comprometidos com os interesses e as necessidades dos usuários. Desse modo, a EPS se torna não só uma estratégia de mudança dos perfis dos profissionais. Permite também a criação de espaços de coletividade, nos quais cada indivíduo é visto em seu processo de trabalho como protagonista desse meio, tornando-se instrumento e ator social do cenário no qual está inserido (BRASIL, 2007a).

1.5 – AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A identificação de fases distintas no processo político surgiu entre os séculos XIX e XX num contexto de busca de racionalização do Estado e da política pública tendo como principal foco dotar o processo decisório de efetividade, ou seja, reduzir os riscos e ampliar as certezas na tomada de decisões dos governos (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Existiram vários modelos propostos para o processo político, mas o modelo do ciclo político, proposto por Howlett e Ramesh, apesar de sofrer várias críticas quanto ao caráter racional e funcionalista, ainda predomina como referência (BAPTISTA; REZENDE, 2011). De acordo com Frey (2000) e Baptista e Rezende (2011) este

modelo apresenta algumas categorias como: agenda (reconhecimento de um problema como de relevância pública advindos da sociedade ou da conjuntura econômica, social e política); formulação de políticas (formulação de soluções e alternativas para o problema); tomada de decisão e adoção de políticas (escolha de uma solução específica ou uma combinação de soluções); implementação (momento de colocar uma determinada solução em prática); avaliação (instrumento voltado para subsidiar a tomada de decisões nos mais variados momentos que ocorrem ao longo das diversas fases do ciclo).

A avaliação de políticas começa a ganhar força no final do século XX com o aprofundamento da crise do *Welfare State* e com as convulsões econômicas, sociais e políticas enfrentadas, principalmente a partir do final da década de 1970, junto com o movimento da nova administração pública. O Estado é fortemente questionado tanto em suas funções quanto na real eficácia de suas ações interventoras na realidade social (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008). Essa afirmação é corroborada por Melo (2001), que aponta a crise fiscal e a transição política na primeira metade da década de 1980 como fatores que alavancaram a questão da eficiência gerencial e eficácia social das políticas públicas, tendo como questão central a incapacidade de as políticas alcançarem os segmentos sociais que configuram a sua população-meta. A difusão internacional da ideia de reforma do Estado e do aparelho de Estado passou a ser o princípio organizador da agenda pública dos anos 1980-90, o que provocou uma proliferação de estudos de políticas públicas (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008).

No Brasil, segundo Frey (2000) e Faria (2005), estudos sobre políticas públicas somente foram realizados recentemente e em caráter incipiente. Cruz (2011) relata que o interesse pela avaliação de políticas públicas foi marcado pela forte influência de agências internacionais que vinculavam o apoio técnico-financeiro de projetos a mecanismos de acompanhamento dos resultados. Desta forma, Faria (2005) explicita que a ênfase na avaliação normativa em que se prevalece a relação entre o feito e o efeito tomando as normas preestabelecidas como padrões de qualidade, bem como o papel da avaliação como ferramenta gerencial.

Diante disso, evidencia-se a execução de avaliações de políticas de saúde, como por exemplo, a avaliação da PNEPS, sendo que este processo em saúde colocado em análise, permite verificar, principalmente, a eficácia da formação profissional que está inserido na prática (CECCIM, 2005a). É importante considerar que a EP lida com objetos fluidos, o que pressupõe ponderações sobre que tipo de informação é relevante para o processo de acompanhamento e o que se deseja atingir, tendo em perspectiva, ainda que a implementação de políticas públicas requer períodos de articulações, negociações, pactuações e ajustes. Devemos, portanto, considerar um enfoque processual e ter um olhar mais atento voltado sobre os processos instituídos, em vez de somente procurarmos aferir seus resultados (BRASIL, 2014).

Processos avaliativos de ações educativas ainda não se voltaram propriamente aos processos de EP. Imperam, ainda, os referenciais da educação corporativa e dos processos de capacitação, como as avaliações de reação, aprendizagem, comportamento e resultados. Esses níveis são interrelacionados e buscam criar uma cadeia de evidências de que a ação educativa efetivamente funcionou. Entrevistas, realização de grupos focais, reuniões técnicas, rodas de conversas, videoconferências, entre outros formatos mais flexíveis, podem ser utilizadas para que se reúnam informações confiáveis acerca de como essas ações estão ocorrendo, possibilitando possíveis ajustes na sua condução, caso necessário (BRASIL, 2014). Dessa forma, espera-se que os resultados desta pesquisa realizada na Região Metropolitana da Grande Vitória – Espírito Santo (RMGV-ES) revele aspectos relacionados à PNEPS implementada, a fim de subsidiar as Secretarias de Saúde no sentido de reorientarem as ações de EPS, trabalhando de forma sistematizada com esses atores institucionais no SUS, além de trazer à tona a discussão sobre a PNEPS.

2. OBJETIVO

Analisar a percepção dos cirurgiões-dentistas e dos coordenadores municipais de saúde bucal sobre a PNEPS implementada para as equipes de saúde bucal da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, que atuavam na atenção básica entre os anos de 2007 a 2012.

3. RESULTADOS

3.1 - ARTIGO 1

A MACROPOLÍTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA¹

Macropolicy of Continuing Education in oral Health of Primary Care Context

¹ Artigo elaborado de acordo com as normas técnicas da Revista Saúde em Debate.

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde propõe transformar o trabalho em saúde, estimulando a atuação crítica, reflexiva e compromissada. Este artigo objetiva analisar a percepção dos cirurgiões-dentistas e coordenadores municipais de saúde bucal sobre a macropolítica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde numa região do Espírito Santo, Brasil. Por meio do grupo focal, analisou-se os conceitos, a importância e as barreiras para sua implementação. Percebeu-se a relevância dessa macropolítica para transformar e qualificar as práticas dos trabalhadores em saúde. Contudo, persistem barreiras a serem enfrentadas no processo formador, na gestão e no processo de trabalho clínico-técnico.

Palavras Chaves: Políticas públicas de Saúde; Formulação de políticas; Educação continuada.

ABSTRACT

The Continuing Health Education proposes transforming healthcare work, stimulating the critical performance, reflective and committed. This article aims to analyze the perception of dentists and municipal coordinators of oral health on the macro policy of the National Policy of Permanent Education in Health in a region of Espírito Santo, Brazil. Through the focus group, the concepts analyzed, the importance and the barriers to its implementation. He realized the relevance of macro policy to transform and qualify the practices of health workers. However, there remain barriers to be overcome in the forming process, the management and clinical and technical work process.

Keywords: Public Health Policy; Policy Making; Education Continuing

INTRODUÇÃO

A proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS) vem sendo discutida, no Brasil, desde a década de 1970 (CECCIM, 2005a). Como uma macropolítica de reorientação da produção do trabalho em saúde, em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com a finalidade de formar e capacitar profissionais da saúde para atenderem às reais necessidades da população, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004b). Em 2007, uma nova legislação dispôs sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS e reafirmou os princípios da EPS como norteadores para a construção dos planos regionais e das ações educativas na saúde (BRASIL, 2007).

A PNEPS é uma das estratégias que buscam o desenvolvimento dos profissionais de saúde, com o objetivo final de garantir uma atenção à saúde de qualidade à população no âmbito do SUS (BRASIL, 2005). Para atingir esse objetivo, o processo de aprendizagem se dá no espaço do trabalho cotidiano, a partir da reflexão sobre seu processo, por meio da problematização e tendo como referência as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004b). Também possui como pressuposto a aprendizagem significativa, a qual visa promover e produzir sentidos. Em geral, se concretiza quando o aprendizado responde a uma pergunta e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o conhecimento pré-existente (BRASIL, 2005).

O desenvolvimento da EPS deve ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, isto é, deve ocorrer em nível local e envolvendo vários saberes (BRASIL, 2005). Desse modo, há destaque ao trabalho em equipe, pois existe o entendimento de que os saberes distintos e articulados são necessários para atender às reais necessidades de saúde das pessoas.

O trabalho em equipe deve promover o protagonismo de todos os seus integrantes, inclusive do sujeito que recebe os cuidados. Em contribuição, a PNEPS congrega, articula e coloca em roda/em rede esses diferentes atores, destinando a todos um lugar de destaque na condução dos sistemas locais de saúde (CECCIM, 2005b). Essa política também rompe com o sistema verticalizado, no qual os hospitais, sobretudo os especializados, são considerados mais importantes em relação à atenção básica. A ideia da verticalização gera distorções, na medida

em que provoca nas pessoas o pensamento de que as ações que envolvem a utilização de equipamentos complexos são mais resolutivas (BRASIL, 2005). Sendo assim, a EPS propõe o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde (BRASIL, 2004b).

A aplicação dos princípios da EPS na atenção básica é importante por sua associação com os princípios da universalidade e integralidade do SUS, uma vez que, além de compreender um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, é considerada espaço de construção coletiva, onde os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados de saúde e pode contribuir para a efetiva concretização dos princípios do SUS. Avançar nesta direção significa não só ampliar e aprofundar as reflexões, mas, sobretudo revertê-las em ações concretas, disseminando os conhecimentos desenvolvidos (BRASIL, 2000).

A EPS deve ter como objetivo central a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2000). A existência de equipes de saúde bucal, no SUS, permanentemente integradas e capacitadas também por meio da EPS, além de trazer benefícios internos à própria instituição, também traz benefícios à comunidade, tais como: a ampliação de acesso; a assistência de qualidade; e a prática de uma Odontologia mais social (NUNES et al., 2008). Percebendo a importância das práticas de EPS nos serviços, torna-se fundamental realizar avaliações que busquem compreender como a PNEPS vem sendo incorporada no cotidiano das práticas do SUS, também com relação às equipes de saúde bucal na atenção básica.

Diante dessas considerações iniciais, o objetivo deste trabalho foi analisar a percepção dos cirurgiões-dentistas e coordenadores municipais de saúde bucal sobre a macropolítica da PNEPS implementada para equipes de saúde bucal da Atenção Básica na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, entre os anos de 2007 e 2012.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Essa abordagem enfatiza que as características e os fatores relacionados a um fenômeno podem ser entendidos adequadamente quando analisados no contexto mais amplo no qual estão inseridos (GIBBS, 2009). De acordo

com Bardin (2009), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e permite compreender as relações que se dão entre atores sociais e sua situação.

Para a seleção dos sujeitos de pesquisa, utilizou-se o seguinte critério ter atuado como cirurgião-dentista na atenção básica e/ou coordenador municipal de saúde bucal em um dos sete municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória – Espírito Santo (RMGV-ES) no período de 2007 a 2012. Foi realizado um primeiro contato, por telefone, com todos os 33 profissionais informados pelas prefeituras como aqueles que atendiam ao critério de seleção, e desses, somente 16 profissionais aceitaram participar da pesquisa. Foi solicitado aos participantes que levassem no dia do encontro, durante o qual os dados seriam construídos, os certificados e os comprovantes de atividades de Educação Permanente referentes ao período de 2007 a 2012, no intuito de fazê-los rememorar o período vivido nos serviços de saúde.

A construção dos dados se deu por meio de um grupo focal, durante o qual foram seguidas orientações de Westphal, Bógus e Faria (1996). O grupo foi conduzido por um moderador, que propôs os temas de discussão para os participantes, seguindo um roteiro preparado a partir dos objetivos do estudo, que incluiu os seguintes tópicos: a PNEPS na RMGV-ES; a EPS enquanto processo formador; a importância da EPS para a gestão dos serviços e para a qualidade da atenção à saúde bucal. Ao moderador coube encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre a questão em estudo. Também coube ao moderador manter a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando o assunto quando alguém se desviasse dele. Dois observadores foram encarregados de captar as informações não verbais expressadas pelos participantes e, ao final, auxiliaram o moderador na análise dos possíveis vieses relacionados à sua forma de coordenar a sessão. Além destes, participaram da equipe de pesquisa dois digitadores relatores e três assistentes de gravação de áudio.

Essa produção dos dados, por meio do grupo focal, se deu no mês de junho de 2015, em um auditório da Universidade Federal do Espírito Santo, em horário de final de expediente. Esse horário e o local foram previamente acordados, por telefone, junto aos sujeitos da pesquisa como situação mais conveniente para todos. Apesar da confirmação prévia da presença de todos os 16 convidados, os representantes dos municípios de Guarapari e de Fundão não compareceram no dia e local agendados por motivos pessoais e, dessa forma, não participaram do grupo focal. Ao todo, participaram do grupo dez sujeitos, representantes dos

municípios de Serra, Vitória, Cariacica, Vila Velha e Viana, tendo sido sete cirurgiões-dentistas e três coordenadores municipais de saúde bucal.

Após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por todos os sujeitos de pesquisa, os mesmos preencheram um formulário para caracterização do grupo, segundo idade, sexo, tempo de formado, vínculo empregatício e pós-graduação.

O grupo focal durou aproximadamente uma hora e 20 minutos. Ao término do mesmo, foi realizada uma reunião entre os pesquisadores, para discussão e relato sobre os pontos mais relevantes. A discussão entre os sujeitos de pesquisa ocorrida durante o grupo focal foi gravada e transcrita na íntegra e de forma literal. Após a leitura do material foram retirados os vícios de linguagem para proteção dos participantes da pesquisa. O material empírico do grupo focal foi analisado segundo a Análise de Conteúdo temática, proposta por Bardin (2009). A análise esteve também fundamentada em concepções de Ceccim (2004, 2005, 2006, 2007, 2008) e nas portarias e cartilhas do Ministério da Saúde – Brasil (2000, 2003, 2004, 2005, 2007) acerca da EPS, entrelaçando-se a autores que apresentam consonância com esta produção de conhecimento. Desta forma foi possível captar significados, atitudes e comportamentos que residiam nas entrelinhas dos depoimentos, levando os pesquisadores à possibilidade de decifram as percepções dos sujeitos de pesquisa sobre a PNEPS implementada na região do estudo.

Para a categorização dos temas, utilizou-se como ferramenta o *software* de análise de dados qualitativos MAXqda 12.0, que possibilita uma extensão na forma com que textos podem ser trabalhados, proporcionando maneiras de administrar e estruturar os aspectos da análise qualitativa. Consiste num instrumento que promove uma maior facilidade para a visualização de relações entre conjuntos de dados, aumenta a velocidade de resposta por meio das análises e aumenta a transparência dos trabalhos. O processo de codificação foi feito pelo próprio pesquisador, que pode criar e organizar as categorias e manter o controle sobre todo o processo de análise (GIBBS, 2009).

Atendendo à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número de registro (CAAE 38637414.0.0000.5060), obtendo o parecer favorável nº 959.863. Esse trabalho é resultado de uma pesquisa financiada pela Fundação de

Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo EDITAL nº 006/2014 - UNIVERSAL - PROJETO INDIVIDUAL DE PESQUISA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dez participantes do grupo focal, sete atuaram como cirurgiões-dentistas atuantes em equipes de saúde bucal da atenção básica e três como coordenadores municipais de saúde bucal na RMGV-ES, no período de 2007 a 2012. Destaca-se que todos participantes possuíam pós-graduação em nível de especialização, um possuía também mestrado e outro mestrado e doutorado. Suas idades variavam entre 34 e 61 anos; seis eram do sexo feminino; o tempo de formação versou entre 11 e 39 anos; oito formaram-se no estado do Espírito Santo, um em Minas Gerais e um no Rio de Janeiro; e nove possuíam vínculo empregatício efetivo no momento da coleta dos dados.

A partir das sucessivas leituras da transcrição do grupo focal, emergiram categorias e subcategorias que foram organizadas em um quadro para análise e discussão. Neste trabalho, serão apresentadas as seguintes categorias: 1. Conceito de Educação Permanente; 2. Importância da Educação Permanente para as equipes de saúde bucal na atenção básica; e 3. Barreiras da Educação Permanente. Compreende-se que essas categorias tangenciam a abordagem das intervenções em saúde pública em seu nível macropolítico, entendido aqui como um conjunto de ações que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que irão produzir resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006). A construção temática dos resultados, conforme categorias, será apresentada a seguir.

Conceito sobre EPS

Em relação ao conceito sobre EPS, a maioria dos participantes do grupo focal apresentou entendimento satisfatório sobre o assunto. Demonstraram compreender que a EPS permite refletir as práticas produzidas no cotidiano do trabalho e que a mesma não se constrói isoladamente, sem articulação entre os atores sociais envolvidos na produção em saúde. Entretanto, os participantes não relacionaram a importância do usuário no processo. Os seguintes trechos destacam bem o conceito que emergiu do grupo:

“permanente, voltada para as necessidades do próprio processo dinâmico e evolutivo, que a gente vivência no dia a dia”

“algo dinâmico, contínuo, permanente, mas que tenha um olhar, das duas vertentes: tanto do trabalhador quanto da gestão”

A concepção de EPS tem uma trajetória bem consolidada no Brasil e trouxe novos aspectos na sua constituição no momento em que se tornou uma política. A construção do conceito de EPS foi consolidada por três vertentes teóricas: a Educação Popular ou Educação de Jovens e Adultos, de Paulo Freire; a Educação pela produção, de René Lourau e George Lapassade; e a terceira, que se relaciona a vários movimentos de mudança na formação de profissionais de saúde (educação em serviços de saúde, educação continuada para o campo da saúde e educação formal) (CECCIM, 2005a).

Todas essas vertentes vieram a constituir o conceito de EPS adotado pela PNEPS, em 2004, conceituada como uma ação estratégica que prevê que a transformação das práticas esteja baseada na reflexão crítica sobre os contextos reais (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; CECCIM, 2005a). Sendo assim, a PNEPS é uma proposta de método que visa contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas (BRASIL, 2004b; CECCIM, 2007). Esse enfoque representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005), sem, contudo, excluir os usuários do processo.

Essa estratégia pedagógica é atravessada pelas relações concretas que operam realidades e possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação dos sentidos dos atos produzidos no cotidiano (BRASIL, 2004a; CECCIM, 2005b). Na medida em que os profissionais vão internalizando esse processo, acredita-se que as mudanças possam ser viabilizadas. Para tanto, é importante a discussão, a análise e a reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, com apoiadores de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção (CECCIM, 2005a).

Os participantes do grupo focal também apontaram que o ensino problematizador está intimamente ligado ao conceito de EPS, uma vez que, ao refletir sobre os problemas do cotidiano do trabalho, os profissionais podem negociar mudanças no modo de agir e construir seus valores. Essa percepção pode ser exemplificada no seguinte trecho da discussão:

“ensino baseado em problema é o lugar que a gente está [...] você tem um problema, se senta, se vai resolver”

A EPS também propõe que a educação dos trabalhadores da saúde se faça a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2007). O ato de indagar a realidade, a partir do questionamento permanente do cotidiano, gera o desejo de mudança, uma vez que a percepção da insatisfação com o realizado favorece a sensação de incômodo (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). O incômodo só é percebido quando vivido de forma intensa, ou seja, por meio da vivência e da reflexão sobre as práticas cotidianas (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). A PNEPS como uma macropolítica de reorientação da produção do trabalho em saúde surgiu como possibilidade de transformar as práticas profissionais e a organização do serviço em saúde, assim como estrutura-se a partir da problematização e da sua capacidade de acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A problematização encontra nas formulações de Paulo Freire um sentido de inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que atribuirão significado às aprendizagens e levar em conta as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam (MICCAS; BATISTA, 2014). Para atender à EPS, o acesso e a circulação de aprendizagens é crucial, assim como o debate crítico sobre as informações obtidas e sua problematização entre os membros das equipes de trabalho. São esse debate e problematização que transformam a aprendizagem em conhecimento (CECCIM; FERLA, 2008). Ou seja, não se trata da passagem de um estado de desconhecimento ao de conhecimento (CECCIM, 2005a). Portanto, os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho,

assumindo como referencial as necessidades de saúde das pessoas, a gestão setorial e a promoção da saúde sob todas as suas formas de expressão (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003).

A metodologia problematizadora é mais do que uma abordagem educativa, porque ela é uma postura educacional crítica sobre os elementos da realidade vivida pelos sujeitos do processo, além de considerar que os problemas do cotidiano são janelas de oportunidades para a construção de hipóteses que busquem soluções factíveis (CECCIM, 2005b; MICCAS; BATISTA, 2014). Sendo assim, a abordagem conceitual da EPS, pontua que, a partir da reflexão das práticas problematizadas nos serviços, estas devem ser transformadas a fim de corresponder às necessidades dos usuários, do serviço, da gestão e do ensino (CECCIM, 2005a).

Quanto ao conceito da EPS do grupo estudado, pode-se identificá-lo como sendo uma estratégia de ensino constante, que visa contribuir para melhorar, transformar e qualificar as práticas em saúde, o que ocorre por meio da problematização do processo de trabalho. Com isso, os cirurgiões-dentistas podem refletir sobre suas práticas e negociar mudanças no modo de agir e construir seus valores, qualificando sua atuação na atenção básica.

Importância da EPS para as equipes de saúde bucal na atenção básica

Na implementação de uma política, leva-se adiante uma decisão básica que identifica um problema, estipula os objetivos a serem perseguidos e, de várias formas, estrutura os processos. A necessidade de envolver os diversos segmentos da sociedade na discussão sobre a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde é um ponto estratégico na sustentabilidade da PNEPS. Durante o grupo focal, foi possível observar que, na percepção dos cirurgiões-dentistas e coordenadores municipais de saúde bucal, existe um distanciamento entre a PNEPS implementada para as equipes de saúde bucal da atenção básica e esse pressuposto da EPS, conforme destacado nos seguintes trechos da discussão:

“a educação permanente, ela veio pra tentar fazer o quê? Para tentar fazer os profissionais acompanharem, o que está sendo pensado, é o que vem do Ministério da Saúde: as metas, os objetivos, as novas leis, que vem, vai trazendo pros Estados, dos Estados pro Município [...] você está reciclando o profissional o tempo todo de acordo com o

que, lá em cima, eles estão vendo como metas e objetivos do programa de saúde de uma forma geral, não só o bucal, no programa de saúde pública para atingir os objetivos que se pensa”

“os modelos estão bem engessados. A iniciativa do Estado vem pronta, mesmo que discutida de uma forma democrática, mas não teve um olhar do trabalhador. As iniciativas do Ministério, são do mesmo jeito, é o olhar da gestão mesmo que discutida”

Essa percepção é contrária ao que preconiza a PNEPS, pois para provocar mudanças no processo de trabalho, as propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais, sem levar em conta as realidades locais. As propostas devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articuladas entre si e serem criadas a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos (BRASIL, 2005). Além disso, as demandas para capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas de organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar uma atenção à saúde relevante e de qualidade (BRASIL, 2003).

Durante o grupo focal, destacou-se a concepção de que a reflexão das práticas produzidas no cotidiano do trabalho em saúde necessita ser exercitada pelos profissionais nos distintos espaços de produção de suas atividades, cujos eixos de discussão deverão estar pautados na reorganização do serviço, na melhoria da atuação profissional, no suprimento das necessidades individuais e coletivas da população, bem como no aprimoramento do SUS e de suas políticas. Essa importância é evidenciada no trecho da discussão:

“a medida que você vai sentindo uma necessidade, você se prepara para ela e isso tem que ir ao encontro do todo: da necessidade populacional, da necessidade do trabalhador, da necessidade da gestão”

A PNEPS propôs que os processos de capacitação dos trabalhadores tomassem como referência as necessidades de saúde das pessoas, das populações, da gestão setorial e do

controle social em saúde (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b). Ou seja, segundo o arcabouço teórico destacado nos documentos propositivos da PNEPS, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo, de saberes técnicos, é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central. A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores também têm de envolver os aspectos pessoais, os valores e as ideias que cada profissional tem sobre o SUS e os projetos de sociedade implicados nas lutas por saúde (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005; MEHRY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006). Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde, o trabalho em equipes matriciais, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde, e, a constituição de práticas éticas e humanísticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A PNEPS, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2000). Possibilitando o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e o desenvolvimento das instituições (BRASIL, 2005). Tendo como objetivo central a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2005). Dessa forma, poderá contribuir para a diminuição da alienação e da burocratização.

Em relação à percepção dos cirurgiões-dentistas da atenção básica e coordenadores de saúde bucal sobre a importância da PNEPS, pode-se observar que o entendimento que emergiu foi de que a EPS é uma ferramenta potente e estratégica para a transformação de práticas. Dessa forma, para que ocorra de fato como política, há a necessidade de se promoverem efetivas oportunidades de ensino-serviço, fundamentadas na conscientização do valor da EPS, como meio de crescimento dos profissionais da saúde, incluindo os cirurgiões-dentistas, bem como o envolvimento de todos os atores sociais.

Barreiras da Educação Permanente

Durante as discussões do grupo focal, os integrantes apontaram algumas barreiras para a efetivação da PNEPS implantadas para as equipes de saúde bucal envolvidas na atenção básica. Um dos fatores destacados foi a frequente priorização dada pelos gestores à

produtividade, em detrimento da qualidade da assistência a ser prestada pelos profissionais à população, como evidenciado no seguinte trecho da discussão:

“o modelo de gestão e a própria gestão do sistema, porque se você tiver um modelo de gestão voltado para o resultado, vocês esquecem [...] se você tiver um gestor também com esse perfil, nós vamos continuar sendo “maquininhas” de produzir”

O fator limitante mais expressivo para a implementação da PNEPS está relacionado ao distanciamento entre os gestores, que raramente debatem a necessidade de uma atenção à saúde integral, pressionados pela demanda dos serviços, limitações pedagógicas e de recursos, e os profissionais de saúde, os quais nunca ou quase nunca, participam do planejamento da gestão. Com isso, observa-se um descompasso entre a elaboração da PNEPS, sua implementação e a prática cotidiana e, dessa maneira, torna-se um desafio ainda maior implementar processos de ensino aprendizagem que sejam respaldados por ações crítico-reflexivas e participativas (MICCAS; BATISTA, 2014). Para que os profissionais de saúde ocupem um lugar ativo na EPS, é necessário que adquiram novas habilidades, rompam com os modelos hegemônicos e superem as modelagens de serviços centrados em procedimentos para configurar novas produções (CECCIM, 2005a). Para isso é preciso ir além do procedimento padrão, dos registros e da produtividade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). De acordo com Nicoletto (2013), a efetivação da PNEPS depende tanto do compromisso assumido pelo gestor e de sua compreensão sobre a EPS quanto dos modos como enfrenta os conflitos e negocia acordos com os trabalhadores de saúde.

Outra barreira para a implementação da PNEPS apontada durante a discussão do grupo focal foi a falta de prioridade da gestão em relação ao papel estratégico da atenção básica na dinâmica de funcionamento do SUS e no estabelecimento de suas relações com a população, como segue:

“você reorientar a atenção primária, sem esquecer que tem que dar os outros suportes, eu acho que fica difícil”

A atenção básica, em todas as suas modalidades de operação, deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia no cuidado à saúde (BRASIL,

2003). Para isso, deve haver um bom fluxo de conhecimentos e práticas entre os profissionais de diferentes serviços, com apoio mútuo, e a garantia do acesso dos usuários aos diferentes serviços de saúde, de acordo com suas necessidades de atenção (BRASIL, 2005). Nesse sentido, a formação em saúde precisa englobar aspectos de produção de subjetividade, de produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento sobre os princípios do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No entanto, o que se percebe é um descompasso entre a formação acadêmica e a prática real do cotidiano dos serviços de saúde. Esse problema é apontado como um dos fatores responsáveis pela crise no setor saúde (BRASIL, 2005), constituindo-se em uma das barreiras mais desafiadoras para a efetivação do SUS. Por isso, atenta-se para a formação de profissionais em saúde para o SUS, como um dos eixos estratégicos para a construção do sistema (CECCIM et al., 2008). Além disso, a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde também necessitam envolver aspectos pessoais, valores, ideias que cada um tem acerca do SUS (BRASIL, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNEPS, por meio de seus objetivos, procura contemplar modelos de aprendizagem que contribuam para um desenvolvimento profissional capaz de proporcionar mudanças nas práticas e nos processos de trabalho em saúde, com vistas à sua reorganização e fortalecimento. Contudo, isso vem ocorrendo em um contexto repleto de obstáculos, uma vez que a EPS propõe ações que, na maioria das vezes, contrariam aquilo que está estabelecido.

Os resultados revelaram que os cirurgiões-dentistas e os coordenadores municipais de saúde bucal definiram a EPS relacionada à práticas produzidas no cotidiano do trabalho, baseada na abordagem reflexiva e problematizadora. Também destacaram que a PNEPS é uma política que visa contribuir, transformar e qualificar as práticas dos trabalhadores em saúde, procurando formar um profissional mais crítico com capacidade de trabalhar em equipe, levando em consideração a realidade social em que está inserido.

No entanto, destacam que ainda persistem barreiras à efetivação da PNEPS, as quais entremeiam do nível macropolítico ao nível micropolítico, destacando como principais pontos a serem enfrentados e superados: o processo formador (teoria *versus* prática); escasso debate,

por parte da gestão em torno da atenção integral; e priorização por parte dos gestores dos procedimentos curativos, em detrimento da importância dos processos construídos coletivamente para a promoção da saúde.

Em relação à produção de conhecimento sobre PNEPS, como macropolítica de reorientação do processo de trabalho em saúde, implementada para as equipes de saúde, em especial para as equipes de saúde bucal da atenção básica, não esgotou a temática, principalmente devido à complexidade do objeto estudado. É possível que novas elaborações, com olhares e métodos diferenciados, possam ser realizadas a fim de aprofundar e discutir sobre a avaliação da PNEPS implementada nas várias regiões brasileiras, entendida enquanto macropolítica de transformação social.

REFERÊNCIAS

BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. 2. ed. Brasília, 2005. 36 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS*. Brasília, 2003. 15 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília, 2004a. 68 p.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Educação Permanente: Caderno 3*. Brasília, 2000. 44 p.

_____. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 16 fev. 2004b. Seção 1, p. 37.

_____. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário - Debate. *Revista Interface – Saúde, Educação e Comunicação*, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, 2005b.

_____ et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1567-1578, 2008.

_____; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n.3, p.443-456, 2008.

_____; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

_____. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Revista de Estudos Universitários*, Sorocaba, v.33, n.1, p.29-48, 2007.

GIBBS, G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Revista Salud Colectiva*, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-60, 2006.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.22, n.4, p.1094-1105, 2013.

NUNES, M. F. et al. A proposta da educação permanente em saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.12, n.25, p.413-20, 2008.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Revista Sociologias*, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

3.2 - ARTIGO 2

A EDUCAÇÃO PERMANENTE E SUA INFLUÊNCIA NA MICROPOLÍTICA DO
TRABALHO EM SAÚDE BUCAL²

CONTINUING EDUCATION AND THEIR INFLUENCE IN MICROPOLICY WORK IN
ORAL HEALTH CARE

EDUCACIÓN PERMANENTE Y SU INFLUENCIA EN EL TRABAJO EN LA SALUD
BUCAL MICROPOLÍTICA

² Artigo elaborado de acordo com as normas técnicas da Revista Trabalho Educação e Saúde.

RESUMO

A educação permanente em saúde é um movimento que permite produzir processos de formação no próprio espaço de trabalho, promovendo reflexões sobre como tem se materializado as ações de saúde, com vistas a problematizá-las e reconstruí-las por meio de práticas educativas significativas. Este artigo objetiva analisar a percepção de cirurgiões-dentistas e de coordenadores municipais de saúde bucal sobre as repercussões micropolíticas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) implementada numa região do Espírito Santo, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja construção dos dados se deu a partir de um grupo focal. A discussão do grupo focal foi gravada, transcrita e foi submetida a uma análise de conteúdo temática, processada no programa Maxqda 12.0. Os resultados apontaram as estratégias realizadas e a organização inicial da política implementada, bem como fatores que a facilitaram ou a dificultaram. Percebeu-se o efeito da PNEPS na micropolítica do processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Contudo, constatou-se barreiras a serem enfrentadas na gestão, no processo de trabalho clínico-técnico e no controle social. Conclui-se que há necessidade de se promover efetivas oportunidades de crescimento dos profissionais da saúde por meio da valorização da educação permanente em saúde, bem como, o envolvimento de todos os atores sociais.

Palavras-chave: Políticas públicas de Saúde; Educação Permanente; Avaliação de Processo.

ABSTRACT

Continuing education in healthcare is a tool that provide education processes in the workspace, promoting reflections on how healthcare actions are being established, their problems and how these actions can be rebuild through significant educational practices. This article aims to analyze dentists and local oral health coordinators impressions of micropolicies repercussions of the National Policy of Continuing Education in Healthcare (PNEPS) implemented in a region of Espírito Santo State, Brazil. This is a qualitative research, which the data was formed by a focus group. The discussion of the focus group was recorded, transcribed and was subjected to content analysis, processed in Maxqda 12.0 software. The results showed the strategies carried out and the initial organization of policy implemented as well positive and negative factors. It was noticed the effect of the PNEPS micropolicy in the oral health teams working process. However it was found some barriers that have to be overcome in the management, the clinical and technical work process and in the social control. It is concluded that there is need to promote effective growth opportunities of health professionals through the enhancement of continuing education in healthcare, as well as the involvement of all social players.

Keywords: Public Health Policy; Continuing Education; Process Assessment.

RESUMEN

La educación permanente en salud es una medida que permite que los procesos de educación se produzcan en el propio espacio de trabajo, promoviendo la reflexión sobre las acciones de salud que se han materializado, con el fin de investigar sus problemas y rehacerlas, a través de las prácticas educativas significativas. Este artículo tiene como objetivo analizar la percepción de los cirujanos dentistas, y de los coordinadores municipales de la salud oral sobre las repercusiones micropolíticas de la Política del gobierno Central, de Educación Continuada en Salud (PNEPS) implementado en una región de Espírito Santo, Brasil. Se trata de una investigación cualitativa, cuya construcción de los datos fue de un grupo de enfoque. Se ha gravado la discusión del grupo de enfoque, fue transcrita y se la sometió a un análisis de contenido, procesado en el programa MAXqda 12.0. Los resultados mostraron las estrategias llevadas a cabo y la organización inicial de la políticas implementada y factores que facilitaron u obstaculizaron. Se observó el efecto de las micropolíticas PNEPS en el proceso de trabajo de los equipos de salud bucal. Sin embargo, se encontró barreras que hay que superar en la gestión, en el proceso de trabajo clínico y técnico y el control social. Se concluye que existe la necesidad de promover las efectivas oportunidades de crecimiento de los profesionales de la salud a través de la apreciación de la educación permanente en salud, así como la participación de todos los actores sociales

Palabras clave: Políticas Públicas de Salud; Educación Continua; Evaluación de Proceso.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o *locus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e às populações no decorrer do tempo (STARFIELD, 2002). Trata-se de uma estratégia de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual atua como protagonista na construção das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos profissionais de saúde, tendo fortificado sua preocupação com a lógica da saúde individual e coletiva prestada aos usuários (BRASIL, 2004b). Em 2004, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com a finalidade de formar e capacitar profissionais da saúde para atenderem às reais necessidades da população, conforme os princípios do SUS (BRASIL, 2004b). Em 2007, novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS foram criadas, reafirmando os princípios da educação permanente em saúde (EPS) como norteadores para a construção dos planos regionais de saúde e das ações educativas na saúde (BRASIL, 2007).

Educar ‘no’ e ‘para o’ trabalho é o pressuposto da EPS e os lugares de produção de cuidado, visando integralidade, corresponsabilidade e resolutividade, são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram o encontro criativo entre trabalhadores e usuários (FRANCO, 2007). A EPS propõe que, por meio da análise coletiva dos processos de trabalho em saúde, os atores envolvidos possam se responsabilizar mutuamente pela produção de autonomia e de cuidados na perspectiva da integralidade da assistência (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O processo de trabalho é um jogo entre produção, consumo e necessidades dos indivíduos e, na área da saúde, de forma muito específica, produz atos de saúde que perseguem a produção do cuidado. O conceito de ‘processo de trabalho em saúde’, dessa forma, diz respeito à dinâmica interna do trabalho em saúde, à dimensão ‘micro’ do cotidiano do trabalho, referente à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde (MERHY, 2006). É no mundo do trabalho, na micropolítica, que se determina o modo de operar os modelos de atenção em saúde, tendo como objeto central a produção do cuidado, que pressupõe a frequente presença do trabalho vivo, a sustentar o princípio da integralidade da assistência (MERHY; FRANCO, 2003). Sendo assim, a EPS opera na micropolítica do processo de trabalho e, nesse sentido, envolve o nível molar (macropolítico) e molecular (micropolítico) não como opostos, mas como expressão do cotidiano de políticas, economias, desejos e formas de andar a vida (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

A EPS também propõe, baseada na aprendizagem significativa, que a análise coletiva dos processos de trabalho seja desenvolvida na interlocução, em rodas de conversas sobre os problemas e as dificuldades vivenciadas no cotidiano da produção do cuidado, da gestão, da formação dos trabalhadores para o SUS e da participação e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) problematizar a realidade é importante, pois pode despertar no sujeito a sensação de incômodo e a percepção de que sua prática não está respondendo às necessidades de saúde das pessoas. Segundo esses autores, esse incômodo só pode ser despertado quando ele é percebido, vivido de forma intensa. A vivência e a reflexão

sobre as práticas de trabalho são os caminhos ideais para produzir insatisfações e disposição para elaborar alternativas que visem enfrentar os desafios.

A EPS aponta para a importância dos trabalhadores se envolverem como protagonistas efetivos no processo de implementação da PNEPS, deixando a condição de recursos para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde (CECCIM, 2005a).

No contexto das equipes multiprofissionais de saúde no SUS, a existência de equipes de saúde bucal permanentemente integradas e capacitadas também por meio da EPS, além de trazer benefícios internos à própria instituição, também traz benefícios à comunidade, tais como: a ampliação de acesso; a assistência de qualidade; e a prática de uma Odontologia mais social (NUNES et al., 2008). Percebendo a importância das práticas de EPS nos serviços, torna-se fundamental realizar avaliações que busquem compreender como a PNEPS vem sendo incorporada no cotidiano das práticas de cuidado em saúde no SUS, também com relação às equipes de saúde bucal na atenção básica.

Diante dessas considerações iniciais, o objetivo deste trabalho foi analisar a percepção de cirurgiões-dentistas e de coordenadores municipais de saúde bucal sobre a micropolítica da PNEPS implementada para equipes de saúde bucal da Atenção Básica na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil, entre os anos de 2007 e 2012.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Este tipo de estudo, segundo Minayo (2007), é caracterizado por permitir ao pesquisador analisar e descrever mais detalhadamente os dados coletados, além de tornar possível a incorporação de questões acerca do significado e da intencionalidade, como sendo inerentes aos atos produzidos, às relações existentes e às estruturas sociais e também desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares.

Para a seleção dos sujeitos de pesquisa, utilizou-se o seguinte critério: ter atuado como cirurgião-dentista na atenção básica e/ou coordenador municipal de saúde bucal em um dos sete municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória – Espírito Santo (RMGV-ES) no período entre 2007 e 2012. Foi realizado um primeiro contato, por telefone, com todos os 33 profissionais informados pelas prefeituras como aqueles que atendiam ao critério de seleção. Desses, somente 16 profissionais aceitaram participar da pesquisa. Foi solicitado aos participantes que levassem no dia do encontro, durante o qual os dados seriam construídos, os certificados e os comprovantes de atividades de Educação Permanente referentes ao período de 2007 a 2012, no intuito de fazê-los rememorar o período vivido nos serviços de saúde.

Os dados foram construídos por meio de um grupo focal, no mês de junho de 2015, num auditório da Universidade Federal do Espírito Santo, em horário de final de expediente. A escolha dessa técnica de coleta de dados relacionou-se ao entendimento de que a EPS é um processo de construção coletiva e que, por meio do grupo focal, é possível delinear as etapas que favorecem a elaboração dialética do pensamento grupal com vistas à construção coletiva do conhecimento sobre a temática, conforme destacado por Aschidamini e Saupe (2004).

Apesar da confirmação prévia da presença de todos os 16 convidados, os representantes dos municípios de Guarapari e de Fundão não compareceram no dia e no local agendados, por motivos pessoais. Ao todo, participaram do grupo dez sujeitos, representantes dos municípios de Serra, Vitória, Cariacica, Vila Velha e Viana. A integração inicial entre os participantes aconteceu por meio de uma recepção com um lanche. Foi realizada a apresentação do grupo de pesquisa, composto por um mediador, dois observadores externos, dois digitadores e três assistentes de gravação de áudio, seguida de uma breve explanação acerca dos objetivos do estudo. Todos aqueles que concordaram em participar, realizaram a leitura e a assinatura em duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido. Além desse termo, foi entregue a cada um dos participantes uma ficha de identificação para preenchimento de dados sobre idade, sexo, tempo de formação, vínculo empregatício e pós-graduação realizada.

O grupo focal teve a duração aproximada de uma hora e 20 minutos. Ao término do grupo, foi realizada uma reunião entre os pesquisadores, para discussão e relato sobre os pontos mais relevantes. O debate do grupo focal foi gravado e transcrito na íntegra e de forma literal. Após a leitura do material foram retirados os vícios de linguagem para proteção e não identificação dos participantes da pesquisa.

Esse material empírico do grupo focal foi analisado segundo a Análise de Conteúdo temática, proposta por Bardin (2009), visando captar sentimentos, significados, atitudes e comportamentos que residem nas entrelinhas dos depoimentos, levando os pesquisadores à possibilidade de decifram o processo e o desenvolvimento da micropolítica de EPS na RMGV-ES.

A análise do material iniciou-se com o processo de leitura flutuante, quando o pesquisador, sob supervisão, entrou em contato com o conteúdo transcrito da discussão, em busca de elementos relacionados ao processo micropolítico da PNEPS implementada na RMGV-ES, no período de 2007 a 2012. Os sentimentos e os comportamentos que surgiram no decorrer das atividades desenvolvidas, as implicações da PNEPS implementada no processo de trabalho das equipes de saúde bucal e as barreiras enfrentadas pelos profissionais dessas equipes.

Na sequência foi realizada a categorização, utilizando-se como ferramenta o *software* de análise de dados qualitativos MAXqda 12.0, que visa tornar a análise qualitativa mais precisa, confiável e transparente, sem interferir nas etapas de leitura, categorização e reflexão que continuam sendo realizadas pelo pesquisador (GIBBS, 2009).

Atendendo à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número de registro (CAAE 38637414.0.0000.5060), obtendo o parecer favorável nº 959.863 em 23/02/2015. Esse trabalho é um recorte de dissertação de mestrado em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo intitulada: A Percepção dos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Básica sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Implementada na Grande Vitória-ES.

.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dez participantes do grupo focal, sete atuaram como cirurgiões-dentistas em equipes de saúde bucal da atenção básica e três como coordenadores municipais de saúde bucal na RMGV-ES, no período de 2007 a 2012. Destaca-se que todos participantes possuíam pós-

graduação em nível de especialização, um possuía também mestrado e outro mestrado e doutorado. Suas idades variaram entre 34 e 61 anos; seis eram do sexo feminino; o tempo de formação versou entre 11 e 39 anos; oito graduaram-se no estado do Espírito Santo, um em Minas Gerais e um no Rio de Janeiro; e nove possuíam vínculo empregatício efetivo no momento da coleta dos dados.

A partir das sucessivas leituras da transcrição do grupo focal, emergiram categorias e subcategorias que foram organizadas em um quadro para análise e discussão. Neste trabalho, serão apresentadas as seguintes categorias: 1. Trajetória da PNEPS implementada para a Equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica e 2. Implicações da PNEPS no processo de trabalho em saúde bucal na Atenção Básica. Compreende-se que essas categorias tangenciam a abordagem das intervenções em saúde pública em seu nível micropolítico, entendido como *“o plano molecular em que se efetuam os processos de subjetivação a partir das relações de poder”* (FEUERWERKER, 2014, p. 37). A construção temática dos resultados, conforme categorias, será apresentada a seguir.

Trajetória da PNEPS implementada na perspectiva da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica

O início do processo de implementação da PNEPS na região em estudo, de acordo com os participantes do grupo focal, ocorreu com a criação de uma comissão local de educação permanente, seguida da formação de facilitadores de educação permanente e da elaboração e execução de diversos cursos multiprofissionais. As capacitações na área da saúde devem ser consideradas estratégicas para a consolidação do SUS, podendo constituir-se num espaço

concreto de construção de competências técnica, política e ética para o fortalecimento dos recursos humanos. Os trechos abaixo destacam o início da política:

“a primeira coisa que aconteceu no momento que eu estava lá foi a instituição da comissão de educação permanente [...] eu consegui participar ativamente foi da formação dos profissionais para tutoria, para desenvolver o processo da educação permanente”

“foram ofertados inúmeros cursos tanto para odontologia quanto para todos os profissionais da rede vários cursos: fitoterapia; especialização em saúde coletiva; de saúde da família”

O Ministério da Saúde adotou a EPS como conceito pedagógico para desenvolver relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviços de atenção à saúde, apostando-se na capacidade de articulação e organicidade da PNEPS, entendendo a EPS como eixo estruturante do processo (BRASIL, 2004b). A PNEPS deve considerar as necessidades de formação e de desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007). Como uma das estratégias para alimentação da PNEPS, o Ministério da Saúde desencadeou um amplo processo de formação de facilitadores da EPS, com o objetivo de ampliar, no menor tempo possível, o número de pessoas capazes de operar e fortalecer a PNEPS em todo o país (BRASIL, 2005b). Também foram promovidos diferentes tipos de atividades de formação dos trabalhadores da rede de serviços e das instituições de ensino como: formação de tutores/facilitadores/orientadores para a EPS nas áreas de gestão e atenção à saúde; especialização em saúde da família; e atualização e desenvolvimento em áreas temáticas prioritárias (incluindo aspectos da clínica e da saúde coletiva). (BRASIL, 2004b). Dessa forma, torna-se fundamental apresentar

estratégias que visem gerar processos de trabalho eficientes, com capacidade de gerar produção de saúde de forma integral, universal e equânime.

Os participantes do grupo focal também apontaram que, dentre as estratégias realizadas, foi desenvolvida a dinâmica da roda de EPS. A educação por meio da roda possibilitou ao grupo que fossem realizadas reflexões e discussões sobre as problemáticas e as necessidades enfrentadas no cotidiano do serviço. Essa percepção pode ser exemplificada nos seguintes trechos da discussão:

“uma roda, uma vez por semana, meio período de educação permanente [...] e a gente fazia uma roda para discutir as questões”

“nas unidades de saúde, tinha as rodas de educação permanente, nós tínhamos esse espaço garantido”

Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai a arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda. A noção de gestão colegiada coloca a todos como participantes de uma operação conjunta, que usufruem do protagonismo e da produção coletiva (BRASIL, 2004a). Segundo Ceccim (2005a), a EPS é uma ação pedagógica que, ao tomar como foco o cotidiano do trabalho, possibilita a construção de processos de autoanálise, no qual diferentes atores, ao serem colocados em roda, conseguem assumir papéis pró-ativos na condução dos sistemas locais de saúde. Desse modo, as rodas de conversa são um meio indispensável e essencial de conscientização capaz de transformar de forma radical as ações laborais frente à vida. Considera-se que a EPS não se caracteriza por apresentar algo novo, mas, sim, fazer relembrar o que está guardado na memória e reavaliar e modificar as ações a partir dessa análise.

Entende-se, assim, que o método da roda é uma proposta para romper com o modelo hegemônico de gestão baseado no escasso debate em torno da atenção integral e desenvolver o exercício da co-gestão, por meio da criação de espaços coletivos que ampliem a capacidade e a possibilidade dos sujeitos de analisar, definir tarefas e elaborar projetos de intervenção na realidade. Isso se torna importante na medida em que espaços coletivos de reflexão sobre as práticas de saúde, aproxima os diferentes membros da equipe de saúde bucal e dessa com a comunidade.

Entretanto, na percepção de cirurgiões-dentistas e de coordenadores municipais de saúde bucal, a organização inicial da PNEPS implementada na RMGV-ES foi realizada de uma forma vagarosa:

“eu acho que como todo o município, a implantação do processo, foi assim bem devagar, todo mundo um pouco receoso”

“eu acho que ainda, está engatinhando, precisa ouvir mais o pessoal que está na ponta para saber realmente o que a gente está querendo e precisando”

O fator limitante mais expressivo para a implementação da PNEPS relaciona-se ao distanciamento entre os gestores e os profissionais de saúde, que nunca ou quase nunca participam do planejamento da gestão. (MICCAS; BATISTA, 2014). Verifica-se, que a gestão da saúde é constituída por alguns campos de tensões distribuídos em diferentes territórios de disputa, de forma que, inseridos dentro das organizações de saúde, caracterizam espaços marcados pela luta por poder, tomada de decisões e autonomia entre os sujeitos. Também são permeados pela configuração de práticas estruturadas pela disputa de interesses e pela capacidade de agir, e pela produção de atos de saúde, marcados pela micropolítica do trabalho

vivo em ato, e pelos autogovernos dos trabalhadores da saúde (MERHY; FEURWERKER; CECCIM, 2006). Sendo assim, o apoio e o incentivo da gestão são de extrema importância para o desenvolvimento da proposta pedagógica da EPS, visto que essa é uma ferramenta que requer reflexão crítica do profissional. Se não houver um gestor sensibilizado com a proposta, podem haver conflitos que impeçam uma ação sólida com resultados efetivos.

Salientou-se também, durante o grupo focal, que a PNEPS tem por finalidade a formação e capacitação dos profissionais de saúde para atenderem às reais necessidades de saúde da população. Infere-se que a criação de Escolas Técnicas do SUS representaram a institucionalização de um espaço físico para o desenvolvimento das atividades da PNEPS pelos profissionais de saúde. Tal entendimento pode ser observado nos trechos de discussão destacados abaixo:

“a criação da escola é algo muito bom, tem uma estrutura física muito boa”

“a implantação da escola e dos cursos trouxe muitos benefícios, porque muitos profissionais foram capacitados, inclusive profissionais que não eram efetivos”

“teve oficinas: de endodontia, de cirurgia, de enfermagem, de todas as especialidades que o centro de especialidade oferta”

A PNEPS propõe a reestruturação dos serviços, a partir do cotidiano de trabalho, tendo o profissional como sujeito central do processo de ensino-aprendizagem (RIBEIRO; MOTTA, 1996). Tal política ainda tem como objetivo promover uma mudança institucional no sentido de fortalecer as ações em equipe e transformar práticas técnicas e sociais. Isso implica em

uma pedagogia centrada na resolução de problemas e efetuada no ambiente de trabalho, de maneira a promover a apropriação do saber científico, configurando-se como responsabilidade da instituição na qual o profissional atua (CECCIM, 2005b). Porém ressalta-se que a perspectiva dos sujeitos da pesquisa, com relação aos cursos e capacitações, em parte, parece distanciar-se dos pressupostos da EPS, pois apontam os processos de formação como uma garantia de atualização das técnicas/conteúdos do trabalho em saúde, de forma fragmentada, que se aproximariam mais da proposta de Educação Continuada.

Apesar da EPS propor relações democráticas e de estímulo à participação de todos os sujeitos, na discussão do grupo focal, com relação aos fatores que dificultaram a implementação da PNEPS, os participantes revelaram sentimentos de falta de governabilidade no planejamento das ações junto à gestão. Isso foi evidenciado como fator negativo:

“a gente não tinha essa governabilidade nem de qual curso nem de quem iria fazer esse curso”

“era e ainda é um planejamento muito da gestão para gente, e não da gente pra gestão [...] muitas vezes era um planejamento que não se encaixava na nossa realidade”

“vem deles para gente, não é o que a gente está pedindo”

No setor da saúde, tem se caracterizado pela realização de capacitações pontuais, na sua maioria de caráter programático e centralizado, com conteúdo padronizado, desenvolvidos a partir de uma lógica vertical e programática. Esse processo aumentou a frustração dos profissionais que, ao retornarem aos seus serviços, não conseguem aplicar o que aprenderam

ou constatarem que o que aprenderam não lhes fornece elementos suficientes para enfrentar as problemáticas da realidade concreta (BRASIL, 2003). Segundo Merhy (2006), no Brasil, há necessidade de práticas gerenciais libertárias e inovadoras que possibilitem ao trabalhador, contextualizado na micropolítica do trabalho vivo em saúde, a oportunidade para ver/ouvir/sentir o processo de trabalho.

Há um grande novo desafio: produzir auto-interrogação no agir produtor do cuidado e colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo do trabalho (MERHY, 2005). A PNEPS propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde devem tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004a).

Para mudar essa lógica das estruturas organizacionais da saúde, é preciso acontecerem amplas alterações na organização do trabalho (gestão, profissionais e usuários) e a EPS é uma das ferramentas que pode ser utilizada para que isso aconteça, pois tem a potência de produzir um processo de trabalho articulado, horizontal, participativo e dentro das reais necessidades dos trabalhadores e usuários do SUS, permitindo a prática de uma Odontologia mais social.

Implicações da PNEPS no processo de trabalho em saúde bucal na Atenção Básica

Para que a transformação das práticas em saúde ocorra de maneira efetiva é necessário encarar o real valor da educação como meio para o crescimento profissional, contribuindo assim, para a melhoria da assistência à população. É importante ressaltar que o convívio com

outras profissões tem justamente como principal objetivo a desestabilização dos modos instituídos, por provocar interlocuções em diferentes áreas de conhecimento, de forma a contribuir para um perfil profissional mais flexível que saiba conciliar a atuação específica de cada área com o necessário trabalho coletivo nas instituições de saúde. Essas mudanças, possibilitadas a partir da prática da EPS, foram evidenciadas durante a discussão do grupo focal:

“a gente começou a modificar, o processo de trabalho, que antes era muito centrado nas quatro paredes do consultório e começou a ampliar mais, trabalhar em equipe, com os enfermeiros, com os médicos e participar também da parte de prevenção, promoção de saúde”

“agregar conhecimento é uma questão de você estar encontrando outros profissionais, com outras experiências”

É fundamental a compreensão de que, apesar do trabalho em saúde estar pautado em normas institucionais, cada profissional tem a autonomia de desenvolver o cuidado dentro do espaço micropolítico. O profissional deve ter em mente que cada indivíduo por ele assistido é único e com uma história própria, também única, não cabendo normas ou formas rígidas de atendimento. Deve considerar, ainda, que uma equipe é composta por pessoas que trazem particularidades e interesses próprios. Essas características exercem influência sobre o processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir cotidiano de cada profissional e portanto, passível de erros e acertos dependendo da forma como são conduzidas (COSTA et al., 2012). Assim, a troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas

práticas (BRASIL, 2005a). Acrescenta-se a isso o fato de que atender, por meio do trabalho em equipe, às necessidades dos usuários dos serviços de saúde, respeitando os princípios do SUS, buscando-se alcançar a equidade e a integralidade da atenção, gera a possibilidade de, para além do aumento de cobertura das ações, tornar os resultados mais ricos, produtivos e resolutivos.

No entanto, durante a discussão do grupo focal, os integrantes também apontaram algumas barreiras para a efetivação da PNEPS implementadas para as equipes de saúde bucal envolvidas na atenção básica. Um dos fatores destacados foi a frequente priorização dada pelos gestores à produtividade, em detrimento da qualidade da assistência a ser prestada pelos profissionais à população, bem como, a dificuldade em se colocar em prática os conhecimentos adquiridos, pelo foco na produção, como evidenciado nos seguintes trechos da discussão:

“o tempo todo a gestão te pede tudo! Você tem que ser o melhor na restauração, no menor tempo possível, com o pior material que tiver. Tem que fazer tudo com nada e assim não funciona”

“a gente agrega muito conhecimento, mas enquanto a flexibilidade de aplicar, na real, quase nenhuma! Porque às vezes a gente escuta uma coisa que não tem espaço para fazer”

Para que os profissionais de saúde ocupem um lugar ativo na EPS, é necessário que adquiram novas habilidades, rompam com os modelos hegemônicos de produção e superem as modelagens de serviços centrados em procedimentos para configurar novas produções (CECCIM, 2005a). No entanto, existem dificuldades de agregar melhorias para os serviços

discutidas durante o processo educativo, mantendo-se a reprodução de práticas isoladas e mecânicas que, na maior parte das vezes, não se ajustam à realidade locorregional (NICOLETTO, 2013). Isso ocorre, talvez, em decorrência do receio de tornar o serviço um espaço democrático de análise crítica e opinião coletiva e pela insegurança política ou de saberes, que impossibilita o avanço e/ou ampliação da PNEPS implementada neste cenário, dificultando a reorganização do sistema de saúde e a efetiva participação dos atores.

A construção das competências do cirurgião-dentista para atuar na atenção básica em saúde aponta para a valorização de um novo perfil profissional, inserido em abordagens tanto individuais quanto coletivas, em consonância com um movimento social amplo e cujas principais consequências, refletem-se nos mundos do trabalho e da educação. A falta desse perfil profissional também foi apontada como barreira para a efetivação das implicações que se esperava segundo proposta da PNEPS, como segue:

“falta de perfil profissional, algumas pessoas que estão na saúde pública, também não estão preocupadas com o processo de trabalho: só atender, acabar e ir embora”

Historicamente, o cirurgião-dentista recebeu uma educação voltada para os aspectos biológicos e para as ações curativas e técnicas, com pouca ênfase sobre os fatores socioeconômicos e psicológicos que interferem no processo saúde-doença e no desenvolvimento de atividades de promoção, de manutenção e de recuperação da saúde (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006). Nesse sentido, as universidades devem cumprir seu papel de trabalhar em função de uma formação profissional cujo perfil atenda às necessidades da população em todos os níveis de atenção e ao longo dos seus processos sócio-vitais, afinal, é notável que a formação em saúde afeta profundamente a qualidade dos serviços e o grau de

satisfação dos usuários (COTTA et al., 2006). Para isso, as instituições de ensino devem garantir uma aprendizagem, na qual o aluno vivencie seu percurso produtivo, evitando formar profissionais alienados, preocupados somente com suas competências específicas sem colocá-las a serviço de um projeto integral, na lógica do trabalho em equipe (MERHY, 2002). O documento que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia, entende como competência específica a ser desenvolvida junto ao estudante de graduação a atuação multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com extrema produtividade na promoção da saúde, baseado na convicção científica, de cidadania e de ética (BRASIL, 2002). Pode-se, assim, compreender que as competências requeridas para o trabalho do cirurgião-dentista na atenção básica se constituem e são indispensáveis, para possibilitar o suporte necessário para a construção do SUS, sendo que essas competências devem atender às necessidades de articulação da prática e da formação do cirurgião-dentista, em uma perspectiva do cuidado à saúde e da responsabilidade social.

Por fim, discutiu-se que, embora o controle social seja um dos preceitos do SUS e objeto de investimento do processo de EPS, seu desenvolvimento, na região do estudo, não foi percebido pelos participantes do grupo focal, tendo sido apontado como uma das dificuldades da PNEPS implementada na RMGV-ES. Essa percepção pode ser exemplificada no seguinte trecho da discussão:

“Não tem nenhum controle social, lá dentro da comissão [comissão permanente de integração ensino e serviço] principalmente não tem”

A EPS integra todos os segmentos de formação, de atenção, de gestão e do controle social na área da saúde, de forma que, a partir desta integração, possa se pensar na produção de saúde. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), para haver ações efetivas de mudanças nos ambientes

de trabalho, os processos de EPS devem ser direcionados a todos os componentes do quadrilátero (trabalhadores de saúde, gestores, usuários e as instituições formadoras), com um entendimento único das políticas de saúde, bem como das diretrizes dos projetos e programas propostos pelo SUS. Nicoletto et al. (2009) destacaram a importância da participação de todos os atores do quadrilátero da formação, uma vez que o envolvimento de todos os atores produz a riqueza de saberes, oriundos dos processos de troca de experiências, subjetivações e singularidades de cada ator, que em suas posições diferentes propõem novos arranjos e conhecimentos. Sendo assim, o controle social tem grande importância na transformação das práticas e da produção do conhecimento e na promoção da autonomia do sujeito como participante ativo das tomadas de decisões, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e participativa. Entende-se que sua ausência, por si só, inviabiliza a aplicação dinâmica da roda (todos os atores do quadrilátero de formação) proposta na PNEPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EPS propõe a reflexão crítica sobre o processo de trabalho, como alicerce do processo de formação da área da saúde, pois as situações vivenciadas pelas equipes no cotidiano do trabalho podem se constituir em experiências de aprendizagem significativas que incidem no atendimento prestado tanto às necessidades individuais quanto as coletivas. Cabe, assim, aos profissionais da saúde o compromisso de interrogar os problemas do processo de trabalho e da lógica micropolítica da produção do cuidado em saúde e problematizar, juntamente com os usuários, com os representantes das instituições de ensino e com os gestores essas questões. Contudo, isso vem ocorrendo em um contexto repleto de obstáculos, uma vez que a PNEPS propõe ações que, na maioria das vezes, contrariam aquilo que está estabelecido.

Os cirurgiões-dentistas e coordenadores municipais de saúde bucal destacam, na trajetória de implementação da PNEPS na atenção básica na RMGV-ES, a criação da comissão local de educação permanente, seguida da formação de facilitadores de educação permanente e da elaboração e realização de diversos cursos multiprofissionais, desencadeando o convívio com outras profissões e contribuindo, assim, como efeito no processo de trabalho e no desenvolvimento de um perfil profissional mais flexível. Também destacaram a realização de reflexões e de discussões sobre as problemáticas e as necessidades vivenciadas no dia-a-dia, possíveis a partir de sua participação nas dinâmicas de roda.

Entretanto, a organização inicial da PNEPS implementada na RMGV-ES foi realizada de uma forma vagarosa e os participantes revelaram sentimentos de falta de governabilidade e planejamento das ações. Também afirmaram que ainda persistem barreiras à efetivação da micropolítica de EPS, destacando como principais pontos a serem enfrentados e superados: a frequente priorização, pelos gestores, à produtividade; dificuldade de se colocar em prática os conhecimentos adquiridos; perfil inadequado da grande maioria dos profissionais atuantes no SUS; e a falta de controle social.

Em relação à produção de conhecimento sobre a micropolítica da EPS implementada para as equipes de saúde, em especial para as equipes de saúde bucal da atenção básica, entende-se que este trabalho não teve por objetivo esgotar a temática, principalmente devido à complexidade do objeto estudado. É possível que novas elaborações, com olhares e métodos diferenciados, possam ser realizadas a fim de aprofundar e discutir sobre a avaliação da PNEPS implementada nas várias regiões brasileiras, entendida enquanto micropolítica de transformação social.

Colaboradores

Wagner Scherrer Lemgruber Goulart realizou pesquisa de campo e participou de todas as etapas de produção do artigo. Edson Theodoro dos Santos Neto participou na condição de orientador, atuando nas etapas de planejamento e execução do estudo e de análise e discussão dos achados. Carolina Dutra Degli Esposti colaborou como co-orientadora e atuou nas etapas de planejamento e execução do estudo e de análise e discussão dos achados. Os três autores tiveram participação na elaboração e na revisão final do texto. Informamos que não há conflitos de interesse.

Agradecimentos

Ao apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) - EDITAL nº 006/2014 - UNIVERSAL - PROJETO INDIVIDUAL DE PESQUISA e à colaboração das Secretarias Municipais de Saúde da RMGV-ES e aos profissionais de saúde bucal que se dispuseram a participar desse trabalho.

REFERÊNCIAS

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo Focal - Estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Revista Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.9, n. 1, p. 9-14, 2004.

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.

BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. 2. ed. Brasília, 2005a. 36 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS*. Brasília, 2003. 15 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: orientação pra o curso*. Brasília, 2005b.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília, 2004a. 68 p.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Educação Permanente: Caderno 3*. Brasília, 2000. 44 p.

_____. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 16 fev. 2004b. Seção 1, p. 37.

_____. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34.

_____. Resolução nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 04 mar. 2002. Seção 1, p. 10.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 8-51, 2009.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário - Debate. *Revista Interface – Saúde, Educação e Comunicação*, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, 2005b.

_____; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

COLLARES, C. A. L.; MOYSES, M. A. A.; GERALDI, J. W. Educação continuada: a política da descontinuidade. *Revista Educação & Sociedade*, Campinas, v. 20, n. 68, p. 202-219, 1999.

COTTA, A. M. D. D. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

COSTA, R. M. et al. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 24, p. 147-63, Jul.-Set., 2012.

FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Revista Interface – Saúde, Educação e Comunicação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-38, 2007.

GIBBS, G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112.

_____; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud uma estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Revista Salud Colectiva*, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-60, 2006.

_____; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

_____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Revista Interface – comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.9, n.16, p.161- 177, 2005.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec. 2002,189 p.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.22, n.4, p.1094-1105, 2013.

_____ et al. Pólos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 209-219, 2009.

NUNES, M. F. et al. A proposta da educação permanente em saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.12, n.25, p. 413-20, 2008.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, v.12, p. 39-44, jul. 1996.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 85, p. 133-141, mar. 2006.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

4. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Considera-se que a PNEPS, por meio de seus objetivos, procura contemplar modelos de aprendizagem que contribuam para um desenvolvimento profissional capaz de proporcionar mudanças nas práticas e nos processos de trabalho em saúde. As situações vivenciadas pelas equipes de saúde bucal, no cotidiano do trabalho, podem se constituir em experiências de aprendizagem significativas que incidem no atendimento prestado tanto em relação às necessidades individuais quanto coletivas. Cabe, assim, aos profissionais da saúde, o compromisso de interrogar os problemas do processo de trabalho e problematizar juntamente com os usuários, com os representantes das instituições de ensino e com os gestores. Contudo, isso vem ocorrendo em um contexto repleto de obstáculos, uma vez que a PNEPS propõe ações que, na maioria das vezes, contrariam aquilo que está estabelecido na prática cotidiana dos serviços públicos de saúde.

Os resultados revelaram que os cirurgiões-dentistas e os coordenadores municipais de saúde bucal definiram a EPS como estandorelacionada à práticas produzidas no cotidiano do trabalho, baseada na abordagem reflexiva e problematizadora. Também destacaram que a PNEPS visa contribuir, transformar e qualificar as práticas dos trabalhadores em saúde, procurando formar um profissional mais crítico com capacidade de trabalhar em equipe, levando em consideração a realidade social em que está inserido. Destacaram, como estratégias iniciais da PNEPS implementada na RMGV-ES, no período de 2007 a 2012, a criação da comissão local de educação permanente, seguida da formação de facilitadores de educação permanente e da elaboração e realização de diversos cursos multiprofissionais, desencadeando como efeito no processo de trabalho o convívio com outras profissões, contribuindo assim, para um perfil profissional mais flexível, e também, a realização de reflexões e discussões sobre as problemáticas e necessidades encontradas no cotidiano, por meio da dinâmica de rodas.

Entretanto, a organização inicial das atividades previstas na PNEPS implementada na RMGV-ES foi realizada de uma forma vagarosa e os participantes revelaram sentimentos de falta de governabilidade e planejamento das ações junto à gestão.

Destacaram que ainda persistem barreiras à efetivação da PNEPS, as quais entremeiam do nível macropolítico ao nível micropolítico, destacando como principais pontos a serem enfrentados e superados: o processo de formação em saúde (teoria *versus* prática); o escasso debate, por parte da gestão em torno da atenção integral; a priorização, por parte dos gestores, dos procedimentos curativos, em detrimento da importância dos processos construídos coletivamente para a promoção da saúde; a dificuldade em se colocar em prática os conhecimentos construídos nos processos de EPS; o perfil dos profissionais que se encontram no SUS; e a falta de controle social.

Diante desses achados, fica clara a necessidade de se buscar um consistente e vital equilíbrio entre as diferentes demandas, tanto da população como do serviço, e as ações possíveis de serem desenvolvidas, que devem ser construídas e planejadas com vistas à modificação e melhoria dos serviços de saúde, tanto no que diz respeito às carências técnicas, quanto aos processos organizacionais sustentados no desenvolvimento de novas práticas de cuidado e centrados na integralidade e pelo fortalecimento do SUS. A arte de aprender e ensinar, na lógica da EPS é um processo lento, que requer construção, participação, diálogo, negociação permanente, vontade política, colaboração dos atores, enfim, não é um processo reto, linear e simples de se desenvolver, uma vez que o modelo anterior de produção do cuidado esteve em curso por um longo período de tempo, além de também precisar ter a colaboração da renovação do processo formador nas universidades, que tanto propõe as DCN. Entendo que é um processo em curso e poderíamos dizer que é uma transição. Talvez, no futuro, a formação acadêmica alcançando seu objetivo de formar esse “novo” perfil de profissional, a EPS sirva mais para a discussão das necessidades dos usuários e como qualificar a produção do cuidado em saúde, do que para (re)formar os profissionais de saúde.

Outro aspecto relevante a ser ressaltado é a importância que a avaliação tem em uma política implementada, na medida em que permitem que os resultados sejam revistos e que possíveis alterações no curso das ações possam ocorrer de forma a se adequarem às realidades locais. Nesse sentido, cresce a importância do estudo da PNEPS, que deve abarcar desde a análise dos motivos que tornam necessária sua intervenção, o planejamento das ações para o desenvolvimento da iniciativa, a

definição dos agentes encarregados de implementá-la, o levantamento das normas disciplinadoras pela qual será regida, até a fundamental avaliação de impactos, sejam potenciais sejam reais, medidos durante ou após sua execução. Neste estudo pode-se avaliar a macro e micropolítica da PNEPS implementada na RMGV-ES alcançando a vantagem de se conhecer alguns dos efeitos produzidos e as consequências geradas nas equipes de saúde bucal.

Para finalizar, os resultados, aqui apresentados e analisados, apontam para a necessidade de continuidade do estudo com grupos mais amplos e de outros cenários de atuação, para que se possa avaliar o perfil dos profissionais que estão atuando na Atenção Básica em outras localidades, com o intuito de contribuir ainda mais para a avaliação da aplicação da EPS, neste caso, por meio da implementação da PNEPS, com vistas à ampliação da formação dos recursos humanos e garantia da ativa circulação do aprender a aprender, melhoraria da qualidade do cuidado à saúde, democratizando os espaços de trabalho, e fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004.

ANDRADE, F. R.; NARVAI, P. C. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl 3, p.154-60, 2013.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 123-130, 2006.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F.(Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. cap. 5, p. 138-172.

BRASIL. **A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil**: o registro de uma conquista histórica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2014.

_____. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto-Lei nº 4.726, de 9 de junho de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 10 jun. 2003a. Seção 1, p. 12.

_____. Lei nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 dez. 2008a. Disponível em: < <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/92607/lei-11889-08>>. Acesso em: 07 jun. 2014.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 7 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia curricular para a formação de Técnico de Higiene Dental para atuar na rede básica do SUS**. Brasília, 1994. 167 p.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. 36 p.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004a. 16 p.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. 110 p.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, 2004b. 68 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília, 2005a. 36 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão e do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e de Educação da Saúde. **Aprender SUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, 2004c. 11 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília, 2003b. 15 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, 2004d. 68 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação da Saúde. Departamento da Gestão em Educação na Saúde. **Projeto piloto VER-SUS BRASIL**: Vivência e estágios na realidade do sistema único de saúde do Brasil. Brasília, 2004e. 299 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Pró-saúde**: programa nacional de orientação da formação profissional em saúde. Brasília, 2005b. 77 p.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, 2007a. 160 p.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação Permanente**: Caderno 3. Brasília, 2000a. 44 p.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação Permanente em Saúde um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde**: Agenda 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p.

_____. Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de agosto de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 ago. 2008b. Seção 1, p. 27.

_____. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 dez. 2000b. Seção 1, p. 85.

_____. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 fev. 2004f. Seção 1, p. 37.

_____. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 ago. 2007b. Seção 1, p. 34.

_____. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 7 mar. 2001a. Seção 1, p. 67.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43.

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 mar. 2006c. Seção 1, p. 71.

_____. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 04 jun. 2003c. Seção 1, p. 44.

_____. Resolução nº 3, de 07 de novembro de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 09 nov. 2001b. Seção 1, p. 37.

_____. Resolução nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 04 mar. 2002. Seção 1, p. 10.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário - Debate. **Revista Interface – Saúde, Educação e Comunicação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-168, 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário - Réplica. **Revista Interface – Saúde, Educação e Comunicação**, Botucatu, v.9, n.16, p.175-177, 2005b.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, 2005c.

_____; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n.3, p.443-456, 2008.

_____; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 140-141, 2004.

CHAVES, M. **Odontologia Social**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil S.A. 1977.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7ª, 1980, Brasília. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

_____, 8ª, 1986, Brasília. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1ª, 1986, Brasília. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____, 2ª, 1993, Brasília. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1993.

_____, 3ª, 2004, Brasília. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Dados estatísticos**. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/>>. Acesso em: 17 jun. 2015.

COSTA, R. M. et al. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 24, p. 147-63, Jul.-Set., 2012.

COTTA, A. M. D. D. *et al.* A organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p. 7-18, Set., 2006.

COTTA, R. M. M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T. W. F.(Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. cap. 7, p. 180-198.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino aprendido por descoberta na área de saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-8, 2004.

D'ÁVILA, L. S. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 19, v. 2, p. 401-416, 2014.

DELORS, J et al. **Educação um tesouro a descobrir** – Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. São Paulo: Ed. Cortez, 1998, 281 p.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 980-109, 2005.

FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **Revista Gaúcha Odontologia**, Porto Alegre, v. 59, n.1, p. 109-115, jan./mar., 2011.

FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção de saúde bucal. **Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 04, p. 329-336, out./dez., 1998.

FREIRE, A. S. O real significado da fluoretação da água. In: EMMERICH, A. **Flúor e saúde coletiva: 50 anos de fluoretação da água no Brasil**. Vitória: EDUFES, 2003. p. 81-95.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Revista Planejamento e políticas públicas**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 212-259, 2000.

LOPES, S. R. S. *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Revista Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MEDEIROS JÚNIOR, A.; RONCALLI, A. G. Políticas de saúde no Brasil. IN: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva – conhecer para atuar**. Natal: editora da UFRN, p.249-259, 2004.

MELO, M. A. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: RICO, M. R. (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001, p. 17-18.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en La Micropolítica del Trabajo en Salud. **Revista Salud Colectiva**, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2002,189 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Histórico de cobertura da saúde da família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 20 ago. 2014.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com evidências**. LOCAL: Artes Médicas, 2008. p. 1-20.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PINTO V. G. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.23, n.1, p. 509-14, 1989.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

SANTANA, J.; CAMPOS, F.; SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1999. p. 109-123.

SOARES, C. L. M; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974, mai. 2011.

SOUZA, D. S. et al. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, p. 7-29, 2001.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Política de Educação Permanente e as equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica**”, sob a responsabilidade do professor Edson Theodoro dos Santos Neto.

JUSTIFICATIVA

Pretende-se com este estudo identificar as principais ações de educação permanente (cursos de atualização, capacitação, especialização ou treinamentos, reuniões e estratégias) planejadas pelas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória - Espírito Santo (RMGV-ES). Espera-se alcançar dados suficientes para verificar se as políticas de educação permanente, implementadas para as equipes de saúde bucal, estão funcionando como agentes potencializadores das mudanças de práticas na equipe de saúde bucal na atenção básica. Desta forma, poderão ser propostas estratégias para fortalecer o processo ensino-aprendizagem no cotidiano dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Espírito Santo. Assim, pesquisas e estratégias de gestão em saúde pública deverão ser implementados para melhor conhecer os fatores relacionados à implementação de políticas de Educação Permanente, que tanto auxilia na formação de recursos humanos em saúde para o Estado do Espírito Santo.

OBJETIVO DA PESQUISA

Analisar a implementação da política de educação permanente executada na RMGV-ES, para as equipes de saúde bucal que atuam na atenção básica.

PROCEDIMENTOS

Inicialmente será realizada uma pesquisa documental junto às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde da RMGV-ES, sendo este material analisado por um formulário específico. Num segundo momento, serão realizados grupos focais, com profissionais da equipe de saúde bucal, utilizando-se um roteiro-guia criado especificamente para isso, com uma lista de temas a serem abordados: política estadual de educação permanente, educação permanente enquanto processo formador, gestão dos serviços de saúde bucal e qualidade da atenção à saúde bucal. Desta forma, serão analisadas as principais ações de educação permanente planejadas e as ações executadas para os profissionais que atuavam na atenção básica em saúde bucal no ES, sendo possível a comparação entre o planejado e o executado.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

A coleta das informações será realizada na Universidade Federal do Espírito Santo, Campus de Maruípe, e terá duração de aproximadamente 55 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS

Os riscos que a pesquisa apresenta para profissionais e gestores são a quebra do segredo em relação à identificação dos participantes do estudo e o constrangimento em responder alguma pergunta no grupo focal. Entretanto, a pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal e às informações obtidas, com relação à divulgação dos dados. Porém, não é preciso responder a qualquer pergunta se sentir que ela é muito pessoal ou se sentir desconforto em falar.

BENEFÍCIOS

Além dos benefícios diretos para a redefinição das políticas institucionais e de educação em saúde, o estudo também permitirá o aprimoramento de estratégias de parceria entre: a instituição acadêmica envolvida no projeto, Universidade Federal do Espírito Santo, as Secretarias Municipais de Saúde da RMGV-ES, a Secretaria do Estado de Saúde do Espírito Santo e o Ministério da Saúde, passo importante na geração de propostas efetivas para a qualificação da educação permanente para as equipes de saúde bucal na atenção básica.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Você terá a sua identidade resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação dos dados coletados nesta pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, eu devo contatar o pesquisador Edson Theodoro dos Santos Neto, nos telefones (27) 3335-7225 e (27) 99836-6222 ou no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. Caso não consiga contatar o pesquisador ou para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo pesquisador.

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa **“Política de Educação Permanente e as Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica”**, eu Edson Theodoro dos Santos Neto declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Local: UFES, Data: 18/06/2015

Participante da pesquisa

Edson Theodoro dos Santos Neto

APÊNDICE B – ROTEIRO GUIA PARA GRUPO FOCAL

- 1) Prezados, gostaria que narrassem um pouco sobre o processo de Implantação da Política de Educação Permanente em seu local de trabalho a partir de 2007. Como isso ocorreu?
- 2) O conceito de Educação Permanente propõe que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Vocês acham que isso realmente vem acontecendo? Comentem sobre.
- 3) Que espaços vocês identificam como aqueles destinados à Educação Permanente nos níveis Estadual e Municipal?
- 4) Como se dão as participações dos profissionais de saúde nos Espaços de Educação Permanente nos níveis Estadual e Municipal?
- 5) Como se concretiza a Educação Permanente nas Unidades de Saúde em que vocês atuam?
- 6) Vocês percebem alguma influência da educação permanente no processo de trabalho da atenção à saúde bucal? Comentem sobre isso.
- 7) Vocês acreditam que existe um ambiente favorável não explorado para o exercício cotidiano da Educação Permanente no município onde trabalham? Quais? Por quê?
- 8) Para vocês, quais são os fatores que facilitam e/ou atrapalham o exercício da Educação Permanente no cotidiano dos serviços de saúde? Dêem exemplos práticos.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Política de Educação Permanente e as Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica

Pesquisador: Edson Theodoro dos Santos Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38537414.0.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESPÍRITO SANTO - FAPES

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 959.863

Data da Relatoria: 25/02/2015

Apresentação do Projeto:

Pesquisa documental junto às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória-Espírito Santo (RMGV-ES), sendo este material analisado por um formulário específico. Num segundo momento, serão realizados grupos focais, com profissionais equipe de saúde bucal, utilizando um roteiro-guia criado especificamente para isso, com uma lista de temas a serem abordados: política estadual de educação permanente, educação permanente enquanto processo formador, gestão dos serviços de saúde bucal, qualidade da atenção à saúde bucal. Desta forma, serão analisadas as principais ações de educação permanente planejadas e ações executadas para os profissionais que atuavam na atenção básica em saúde bucal no ES, sendo possível a comparação entre o planejado e o executado. A coleta das informações será realizada na UFES, Campus de Maruípe, e terá duração de aproximadamente 60 minutos.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a implementação da política de educação permanente executada na Região Metropolitana da Grande Vitória, para as equipes de saúde bucal que atuam na atenção básica.

Levantar os documentos elaborados pela Secretarias Estadual e Municipais de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória-Espírito Santo (RMGV-ES) para planejamento e execução de políticas de educação permanente para os profissionais que atuavam na atenção básica em

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 959.863

saúdebucal no Espírito Santo no período de 2007 a 2012.

Identificar principais ações de educação permanente(cursos atualização, capacitação, especialização ou treinamentos, reuniões/estratégias) planejadas para os profissionais que atuavam na atenção básica em saúde bucal no ES, no período de 2007 a 2012.

Analisar as principais ações de educação permanente planejadas e as ações executadas, no período de 2007 a 2012, para os profissionais que atuavam na atenção básica em saúde bucal no ES, a partir do debate nos grupos focais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para os profissionais e gestores são a quebra do segredo em relação à identificação dos participantes e o constrangimento em responder alguma pergunta no grupo focal. A pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal e as informações obtidas com relação a divulgação dos dados. Não é preciso responder a qualquer pergunta se sentir que é muito pessoal ou se sentir desconforto em falar.

Benefícios diretos para a redefinição das políticas institucionais e de educação em saúde, permitindo o aprimoramento de estratégias de parceria entre: a instituição acadêmica envolvida no projeto, UFES, as Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Vitória, a Secretaria do Estado de Saúde do Espírito Santo e o Ministério da Saúde, passo importante na geração de propostas efetivas para a qualificação da educação permanente para as equipes de saúde bucal na atenção básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Benefícios diretos para a redefinição das políticas institucionais e de educação em saúde, permitindo o aprimoramento de estratégias de parceria entre: a instituição acadêmica envolvida no projeto, UFES, as Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Vitória, a Secretaria do Estado de Saúde do E.S. e o Ministério da Saúde, passo importante na geração de propostas efetivas para a qualificação da educação permanente para as equipes de saúde bucal na atenção básica.

A pesquisa pretende desenvolver um diagnóstico panorâmico sobre a política de educação permanente nas equipes de saúde bucal que atuam na atenção básica dos Municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto assinada pelo diretor do CCS.

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 059.003

Documento de aceite da chefia NUEDCT/SESA para a pesquisa documental.

Cronograma de atividades com datas após aprovação pelo CEP.

Orçamento financeiro detalhado com custeio dos pesquisadores e Bolsa Iniciação científica e tecnológica.

TCLE de acordo com a resolução.

Anexado formulário específico/roteiro-guia

Recomendações:

Sem

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência cumprida - Anexado Formulário específico/roteiro-guia

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 23 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Cinthia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep@ccs.ufes.br

ANEXO B: NORMAS da REVISTA SAÚDE EM DEBATE

A Revista Saúde em Debate (RSD), criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo das políticas de saúde nacionais e internacionais.

Política editorial

Publicada trimestralmente desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o Cebes. Além dos números regulares, a RSD publica números especiais que seguem o mesmo processo de avaliação e publicação dos números regulares.

A RSD aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos e documentos. Os trabalhos devem contribuir com o conhecimento científico já acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à Revista não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O Cebes não cobra taxas dos autores que submetem trabalhos à RSD. A produção editorial da entidade é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a Revista continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde pode se dar por meio da associação ao Centro no site <http://www.cebes.org.br>.

Modalidades de trabalhos aceitos para avaliação

- 1. Artigo original:** resultado final de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.
- 2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.
- 3. Revisão sistemática:** revisão crítica da literatura sobre tema atual, utilizando método de pesquisa. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 12 e 17 laudas.
- 4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Editor Científico, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.
- 5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas.
- 6. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em até três laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

O número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e referências.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da Revista, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da Revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

Submissão e processo de julgamento

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminha-se o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho.

Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista indicar 'sugestões não impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no

máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: www.saudeemdebate.org.br.

Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a cinco autores por trabalho.

Registro de ensaios clínicos

A RSD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Formatação do trabalho

- O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.
- Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.
- O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.
- O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês
- Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais como:
 - Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.
 - Métodos descritos de forma objetiva.
 - Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.
 - Conclusão.
 - Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.
- O texto completo deve conter:
 - Folha de apresentação com o título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo no máximo 15 palavras.
 - Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.
 - Nome completo do(s) autor(es). Em nota de rodapé colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.
 - No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.

- Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês, com no máximo 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho.
- Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
- Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Em seguida apresenta-se o texto.

- Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.
- Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.
- Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'.
- Utilizar revisor de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à Revista.
- Figuras, gráficos e quadros devem ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de figuras, gráficos e quadros deverá ser, no máximo, de cinco por texto. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem identificação dos autores, citando apenas o título e a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Exemplos de citações: Para as citações utilizar as normas da ABNT (NBR 10520)

Citação direta: Já o grupo focal é uma “técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais”. (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação indireta: Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, numa radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências: As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro: FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Artigo de periódico: ALMEIDA-FILHO, N.A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet: CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Normas para publicação da Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2010.

Documentação obrigatória

As declarações de 'Autoria e Responsabilidade' e de 'Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa' devem ser assinadas e postadas nos correios ou digitalizados e enviados para o e-mail da revista (revista@saudeemdebate.org.br), depois do artigo aprovado:

1. Declaração de autoria e responsabilidade.

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo disponível em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

2. Ética em pesquisa

No caso de pesquisa que envolva seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais–, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que a aprovou.

3. Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, inserir a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

Endereço para correspondência
Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140 - Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

ANEXO C: NORMAS da REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO e SAÚDE

Instruções aos autores

Trabalho, Educação e Saúde publica contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde. A política editorial da revista consiste em discutir esta área sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar. Antes de fazer a submissão de um manuscrito, recomenda-se a leitura e o atendimento das normas para publicação.

A revista aceita contribuições inéditas dos seguintes tipos:

Ensaio Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo. Tamanho: 6.000 a 10.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Artigos Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho: 4.000 a 8.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Debates Discussão sobre temas específicos, tanto encomendados pelos editores a dois ou mais autores, quanto advindos de colaboradores. Tamanho: até 5.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Entrevistas Opinião ou posição de entrevistado qualificado nas áreas de conhecimento da revista.

Resenhas Crítica de livro relacionado aos campos de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Tamanho: até 1.500 palavras.

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português e em inglês (*abstract*) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse. Em texto com dois ou mais autores, logo após as notas de fim, devem vir especificadas, de forma sucinta, as responsabilidades de cada autor na preparação do manuscrito.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink *et al.* (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* adota a norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada, e um espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão *et al.* Diferentes títulos de um mesmo autor, publicados no mesmo ano, deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra em minúscula após a data (ex. 2010a, 2010b), tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo AROUCA, Antônio Sergio. Quanto vale a saúde dos trabalhadores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 243-265, dez. 1995-mar. 1996. SPINK, Mary J. P. et al. A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001.

Livro e tese GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982. MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)- São Paulo, Faculdade de Medicina, USP, 1979.

Capítulo de livro BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Resumo de congressos LAURELL, Asa Cristina. O Estado e a garantia do direito à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 1 CD-ROM.

Dados fornecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

Leis, decretos, portarias etc. BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.

Relatórios técnicos BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos)

Relatórios final ou de atividades BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final das atividades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

Jornal a. Sem indicação de autoria: O GLOBO. Fórum de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18. b. Com autoria: TOURAINE, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

a. Texto em periódico eletrônico: AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf>. Acesso em 7 out. 2013.

b. Texto em jornal eletrônico: NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de crack das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, Seção Cotidiano, São Paulo, 19 set. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>>. Acesso em: 27 set. 2013.

c. Texto disponível (fora de revista ou jornal): Disponível em: BRASIL. Ministério da Educação. Portal Educação. Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico - área Saúde. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2013.

CD-ROM

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de informação sobre mortalidade - 1979 a 1996*. Brasília, 1997. 1 CD-ROM.

Revisão

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

Avaliação

As contribuições encaminhadas à revista são, primeiramente, avaliadas pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à linha editorial da publicação e, posteriormente, por até três pareceristas *ad hoc*. Nomes dos autores e avaliadores de cada original são de conhecimento exclusivo dos editores. Os originais apresentados à *Trabalho, Educação e Saúde* não devem ter sido publicados e não devem ser submetidos simultaneamente a outra revista. Originais submetidos à revista não devem, sob hipótese alguma, ser retirados depois de iniciado o processo de avaliação.

Direitos autorais

Exceto nos casos em que está indicado o contrário, ficam concedidos à revista os direitos autorais referentes aos trabalhos publicados, que não podem ser reproduzidos sem a autorização expressa dos editores, em forma idêntica, resumida ou modificada, em português ou qualquer outro idioma. Os colaboradores manterão o direito de reutilizar o material publicado em futuras coletâneas de sua obra sem o pagamento de taxas à revista. A permissão para reedição ou tradução por terceiros do material publicado não será feita sem o consentimento do autor. Os textos assinados são de responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores e dos membros do Conselho Editorial da revista.

Benefício dos autores

Após a publicação, os autores recebem dois exemplares do número da revista no qual o texto foi publicado.

Instruções para submissão de manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação de manuscritos da Revista, disponível na página: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br> Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar o manuscrito. Solicitamos aos autores que observem e sigam as instruções para apresentação do manuscrito. Para informações adicionais, consultar os editores:

Revista Trabalho, Educação e Saúde / Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio Fundação Oswaldo Cruz
Avenida Brasil, 4.365 - Manguinhos - CEP 21040-360
Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tels.: (21) 3865-9850 / (21) 3865-9853 / Fax: (21) 2560-8279
e-mail: revtes@fiocruz.br